ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

ANNALES

MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

PAR MM. LES DOCTEURS

BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, Membre de l'Académie de médecine

LUNIER

Membre de l'Académie de Médecine, Inspecteur général honoraire du service des aliénés.

ET

FOVILLE

Inspecteur général des établissements de bienfaisance et du service des aliénés

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

SIXIÈME SÉRIE. — TOME DIXIÈME

QUARANTE ET UNIÈME ANNÉE

5761

901.

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRIE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

1883

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

CHRONIQUE

Le projet de loi sur les aliénés devant le Sénat et l'Académie de Médecine. — Encore une nouvelle espèce de folie. — Du mariage des personnes névropathiques. — Le chloroformisme comparé à l'alcoolisme. — Suicide d'une aliénée mélancolique dans une baignoire. — Nouveaux médicaments hypnotiques. — Association américaine pour la protection des aliénés, et la prévention de la folie. — Liberté d'accès donnée au public dans certains asiles d'aliénés aux États-Unis.

Le projet de revision de la loi du 30 juin 1838 subit l'épreuve des études préalables auxquelles sont forcément soumises les propositions de réformes législatives d'une importance reconnue. La commission du Sénat à laquelle ce projet a été renvoyé, et dans laquelle les médecins sont en majorité, ne néglige rien pour en faire une étude complète. Voulant entendre un certain nombre de personnes compétentes, elle a d'abord consacré deux séances à écouter M. de Crisenoy, ancien directeur de l'Administration communale et départementale au Ministère de l'Intérieur, auteur de recherches très approfondies sur la question des

aliénés et d'un projet complet de réorganisation de ce service (V. *Revue d'Administration*, janvier 1882). Elle a reçu, depuis, les dépositions de MM. les Drs Blanche, Foville, Motet, Luys, Lunier, Falret. En outre, à la demande de M. le Dr Dupré, président de la commission sénatoriale, l'Académie de médecine a résolu d'ouvrir une discussion sur les modifications dont la législation relative aux aliénés pourrait être l'objet. MM. Luys, Blanche, Brouardel, Mesnet, Baillarger et Lunier ont été chargés de préparer un rapport qui devra servir de point de départ à cette discussion.

« Le titre de *Démence mélancolique* que nous donnons à » ce travail s'applique à un groupe de faits jusqu'à présent » laissés dans l'ombre et qui cependant nous paraissent » constituer une unité, un type morbide. Dégager ce type, » l'étudier, tel est le but que nous nous proposons et vers » lequel nous a conduit l'observation clinique. » Telle est la première phrase d'un livre récemment publié par M. le Dr Mairet, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier et médecin adjoint de l'asile de Montpellier. Ce livre a été analysé, en détail, dans notre précédent numéro et nous ne voulons pas revenir sur un sujet déjà traité par notre collaborateur M. le Dr Camuset. Mais nous avons tenu à rappeler ici, par une citation textuelle, quel avait été le but nettement formulé par M. Mairet, afin de montrer combien le temps présent est fécond en découvertes de nouvelles espèces de folie, en descriptions d'entités morbides indépendantes qui, jusqu'ici, auraient été confondues à tort, d'après leurs auteurs, avec d'autres formes d'aliénation mentale. Pour ne parler que des travaux français, n'avons-nous pas eu à faire connaissance, depuis peu de temps, avec le délire des négations de M. Cotard, avec l'ischémie cérébrale fonctionnelle du professeur Ball, avec la folie du tabes dorsalis du professeur Pierret, avec la démence mélancolique de M. Mairet? Cette éclosion, presque simultanée,

d'entités morbides nouvelles, germant sur le domaine commun de la psychiatrie, n'est-elle pas une démonstration du zèle avec lequel ce domaine est cultivé, remué, retourné par de nombreux esprits, s'adonnant avec une égale ardeur aux recherches cliniques et aux conceptions théoriques? Nous voyons Paris, Lyon, Montpellier rivaliser pour augmenter, en étendue et en précision, la somme des connaissances relatives à l'aliénation mentale et pour resserrer l'intimité des liens qui doivent unir la pathologie mentale à l'ensemble de la nosologie.

Sans doute, toutes les découvertes récentes n'auront pas une égale importance dans l'histoire de la science, et il est douteux qu'elles restent, toutes, consacrées dans les nomenclatures de l'avenir ; mais elles n'en montrent pas moins que l'étude de l'aliénation mentale, loin de perdre du terrain, en gagne de plus en plus, et inspire un intérêt croissant. C'est un résultat bien fait pour exciter au travail les médecins aliénistes et sur lequel il nous a paru à propos d'insister à un moment où, à d'autres égards, ils ont à lutter contre bien des obstacles et bien des préjugés.

On se rappelle que, dans sa séance du 29 janvier 1883, la Société médico-psychologique de Paris a discuté, à l'occasion d'une lecture faite par M. le Dr Billod, la question du mariage des aliénés et de leurs enfants. Par une coïncidence dont nous avons déjà eu des exemples, le même sujet était, presque en même temps, l'objet d'une intéressante discussion, au sein de l'Association médico-psychologique anglaise. Dans la séance trimestrielle du 21 février 1883, M. le Dr Savage a fait une communication sur le mariage chez les sujets atteints de nervosisme.

« Je trouve, a dit le médecin de Bethlem au début de
» son travail, un groupe de médecins qui ne peuvent con-
» cevoir, sans horreur, qu'une personne névropathique
» songe jamais à se marier, et j'en vois, d'un autre côté, qui
» comptent sur le mariage pour guérir les affections ner-

» veuses. Je ne suis complètement d'accord ni avec les » uns, ni avec les autres, et cependant je partage, dans une » certaine mesure les deux opinions. »

Il développe son sujet en passant successivement en revue, les probabilités d'amélioration, d'aggravation et de transmission aux enfants, que l'on peut attendre du mariage, chez les hystériques, les épileptiques et les aliénés. Après avoir cité un grand nombre de faits individuels, il conclut qu'en résumé le mariage peut être avantageux dans un certain nombre de cas d'hystérie et qu'il est justifiable pour certaines personnes, même après qu'elles ont éprouvé une atteinte de folie. Mais il ajoute qu'il ne voudrait jamais recommander le mariage dans un cas d'hystérie, sans prévenir les familles que le résultat peut être défavorable, aussi bien que favorable, et que cela dépend de bien d'autres causes que de la maladie elle-même. Quant aux personnes ayant été atteintes de folie, il considère comme indispensable, pour autoriser le mariage, qu'un seul des conjoints soit dans ce cas, et que l'autre soit au contraire d'une bonne santé et exempt de toute prédisposition nerveuse.

Malheureusement, si le conseil est bon à donner, il est rare qu'il soit suivi, et plusieurs médecins aliénistes ont remarqué qu'il semble y avoir une sorte d'attraction attirant, l'une vers l'autre, des personnes qui, chacune de leur côté, appartiennent à des familles névropathiques ou entachées de folie. Combien de fois, en recherchant les causes d'un cas d'aliénation mental, n'arrive-t-on pas à reconnaître que le père et la mère ont mis en commun les plus fâcheuses prédispositions héréditaires, et que celles-ci, chez les enfants nés de semblables mariages, ont paru se multiplier les unes par les autres, plutôt encore que s'ajouter!

Du reste, il paraît qu'en Angleterre, comme en France, les mariages se décident le plus souvent sans que personne se préoccupe de commencer par consulter les médecins ; la chose une fois convenue, si l'on songe à prendre cette

précaution, il est bien rare que personne soit disposé à tenir compte des avertissements de la science. En résumé, le rôle du médecin est des plus difficiles et une grande réserve lui est imposée ; il ne peut que faire connaître des probabilités qui, bien souvent, sont démenties par les faits. Alors même qu'il se prononce le plus nettement, ses avis sont rarement écoutés ; ne ferait-il pas aussi bien de s'abstenir de toute intervention ?

D'après le Dr Wilhem Svedlin de Vienne, en Autriche, les excès de chloroforme produiraient, sur l'organisme humain, des effets tout à fait analogues à ceux des excès d'alcool (*Presse médicale de Vienne,* 188?, nos 47 et 48). Le chloroformisme se présenterait, comme l'alcoolisme, sous deux formes principales : l'une aiguë, provoquée par l'abus de l'agent toxique, à dose très élevée, pendant un temps qui peut être court ; l'autre, chronique, consécutive à une consommation moins excessive, mais se prolongeant, pendant longtemps, d'une manière journalière. On retrouverait la même ressemblance dans l'analyse clinique des symptômes produits par les deux intoxications. Dans la forme aiguë : hallucinations très actives, de nature terrifiante, changeant rapidement, et affectant surtout la vue ; actes inconscients ; perte du sommeil, tremblement. Sous l'influence d'un traitement approprié, la guérison serait obtenue assez promptement, et elle pourrait être durable, si de nouveaux excès n'étaient pas commis. Dans la forme chronique, les troubles intellectuels seraient lents à se produire ; il n'y aurait pas d'explosion violente de délire, mais un affaiblissement progressif aboutissant à la démence. L'auteur cite deux observations d'intoxication aiguë ; dans l'une le malade avait consommé, en inhalations, 8 kilogrammes de chloroforme, en deux mois de temps. Nous pensons que les cas de ce genre ne s'observent que très ra-

rement, au moins dans notre pays; aussi nous a-t-il paru intéressant de mentionner le travail du Dr Svedlin.

Nous trouvons, dans le no du 1er mai 1883 du *Centralblatt für Nervenheilkunde*, etc., de Leipzick, le récit d'un suicide commis par une aliénée mélancolique dans des conditions peu ordinaires. Cette femme, traitée à l'asile public de Leipzick, était couchée dans le quartier de surveillance continue de l'asile. Par suite d'une interruption fautive dans la surveillance, elle put gagner à côté du dortoir, une salle de bains, dans laquelle un bain était préparé; elle se laissa glisser dans la baignoire de manière à faire plonger sa tête, son cou et sa poitrine dans l'eau, et à laisser ses pieds suspendus sur le rebord de la baignoire; elle avait les bras croisés sur les reins. On la trouva dans cette situation et complètement asphyxiée. Deux femmes au service de l'asile furent poursuivies pour homicide par imprudence. La première, surveillante du quartier, n'avait pas pris la précaution de fermer la porte de la salle de bains, alors qu'on ne se servait pas de cette salle; la seconde, simple infirmière, avait eu le tort de s'absenter de la salle de surveillance continue, sans que personne fût là pour la remplacer. Le concours de ces deux infractions avait rendu le suicide possible. La surveillante fut condamnée à trois jours de prison et l'infirmière à quinze jours de la même peine. Elles interjetèrent appel, mais la cour confirma la décision des premiers juges. Il n'est arrivé que trop souvent, dans des asiles d'aliénés, que des malades soient morts dans des baignoires, mais nous n'avions pas connaissance d'un suicide accompli dans les conditions qui viennent d'être indiquées.

Plusieurs médicaments, appartenant à la classe des hypnogènes, ont été nouvellement recommandés par divers médecins étrangers, comme pouvant rendre des services,

dans le traitement des maladies mentales, en calmant les malades agités. Les uns se donneraient sous forme liquide; d'autres sous forme de poudre ou d'inhalations; on aurait donc la chance d'arriver à faire prendre l'un ou l'autre, aux malades difficiles, en choisissant, selon les cas, le mode d'administration le plus facile à faire accepter. Nous allons dire quelques mots de ces différents médicaments.

L'acétal ou dicœthylacétal ($C^6H^{14}O^2$) a été préconisé, comme moyen calmant et hypnotique, par le Dr Mering, à la réunion des naturalistes d'Eisenach, et expérimenté cliniquement, à l'asile de Sarreguemines, par le Dr Stoltenhoff. Les acétals sont, paraît-il, des fluides à odeur d'éther, qui sont peu solubles dans l'eau, et qui se produisent, dans certaines conditions, par la combinaison de l'alcool et de l'aldéhyde, avec dégagement d'eau. Le dicœthylacétal a un poids spécifique de 0,87; il est soluble dans dix-huit fois son volume d'eau; il se distille à la température de 104° sans se décomposer; à la température ordinaire, il se fait reconnaître par son odeur caractéristique. Après ces détails techniques que nous reproduisons d'après le *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 15 mars 1883, p. 122, nous ajouterons que ce médicament s'administre par la bouche, dans de l'eau ou dans du vin; la dose initiale est de 5 grammes qui peuvent être portés à 7 1/2 et à 10 grammes; l'effet hypnotique est généralement rapide; il se manifeste au bout de cinq, quinze ou trente minutes et dure de quatre à dix heures. Les plus grands sceptiques, dit l'auteur, et j'en étais un au début, ne pourraient méconnaître que certains aliénés n'aient été rapidement calmés par ce médicament; il paraît, surtout, s'adresser aux cas de grande instabilité motrice et chez eux l'effet sédatif est très prompt; mais il n'a qu'une durée passagère; on n'a jamais constaté, chez les malades qui en prenaient, ni gastralgie, ni perte de l'appétit, ni aucun trouble des organes

digestifs. L'air expiré conserve, pendant longtemps, une forte odeur d'acétal, ce qui doit faire croire que la substance traverse l'économie sans être dénaturée ; on ne la retrouve que dans les urines.

Lors de la réunion de septembre 1882 de l'Association médicale italienne, MM. Morselli et Bergetio ont recommandé l'emploi de la paraldéhyde dans le traitement des aliénés. Ce serait, d'après eux, un moyen sûr et efficace de procurer le calme et le sommeil, dans les cas de manie ; la dose employée était de deux ou trois grammes.

Le même médicament a été l'objet d'une étude du Dr V. Cervello, publiée dans le numéro d'octobre 1882 des *Archiv für Pathologie und Pharmacologie*. D'après l'auteur, la paraldéhyde aurait une action hypnotique égale à celle de l'hydrate de chloral, sans avoir aucun des inconvénients de cette substance.

La paraldéhyde ($C^6H^{12}O^3$) est un fluide incolore, peu soluble dans l'eau, entrant en ébullition à 124° ; il cristallise par le refroidissement et se dissout de nouveau à 10°. Son action sédative s'exerce surtout sur les hémisphères cérébraux ; à un moindre degré sur la protubérance et sur la moelle ; à faible dose, il n'exerce pas d'action dépressive sur les centres respiratoires, ni sur le cœur ; à forte dose, il paralyse les centres respiratoires.

Ce médicament n'a pas un goût désagréable ; on l'administre, généralement, en solution dans des sirops. La dose est variable ; dans certains cas, il suffit d'en donner de un à quatre grammes pour produire le sommeil ; dans d'autres, on a pu aller jusqu'à dix grammes, sans produire d'accident.

Le médicament à forme pulvérulente dont nous avons maintenant à parler est le tannate de cannabine (V. le *Journal de pharmacie et de chimie*, février 1883, p. 143 et *Revue hebdomadaire de thérapeutique*). D'après Fronmuller, le tannate de cannabine aurait, comme sédatif du

système nerveux, les mêmes qualités que l'extrait de cannabis indica, sans en avoir les inconvénients. On peut l'administrer sous forme de poudre, associée ou non à du sucre pulvérisé. Il procure un sommeil doux, sans agitation, et ne laisse à sa suite aucun effet fâcheux, notamment pas de constipation. Malheureusement, la tolérance est prompte à s'établir, comme pour les opiacés, d'où la nécessité d'augmenter rapidement les doses. En résumé, Fronmuller estime que le tannate de cannabine est un médicament dont les propriétés soporifiques ne sont pas à dédaigner et qui mérite de faire concurrence à la morphine.

Nous terminerons cette énumération thérapeutique en signalant les propriétés hypnotiques du gaz ozone d'après Binz (*Berlin. Klinische Wochenschrift.* 1882, n° 43). Il a fait quarante-trois expériences sur douze personnes ; dans six expériences le résultat a été négatif ; dans toutes les autres, le sommeil a été produit, à un degré plus ou moins marqué, sans que jamais il soit accompagné d'aucun accident appréciable. Comme l'ozone exerce une action irritante sur les voies respiratoires, il doit être abondamment mélangé d'air. Binz suppose qu'au contact du tissu cérébral il exerce une action analogue à celui des narcotiques ; il a remarqué que son inhalation rend la respiration plus facile et il en recommande l'usage dans les accès d'asthme.

Comme nous l'avions annoncé, l'Association Américaine pour la protection des aliénés et la prévention de la folie a tenu sa session annuelle au collège des physiciens de Philadelphie, le 25 et le 26 juillet dernier. Un rôle des plus actifs, dans cette réunion, a été rempli par une demoiselle, miss A. A. Chevaillier, de Boston, qui est à la fois le trésorier et le secrétaire général de l'Association. Le *Journal of nervous and mental disease*, publié à New-York, donne un

compte rendu abrégé de cette session; nous en extrayons la liste suivante des travaux lus ou des propositions adoptées.

Sur la recommandation du professeur Gross, de Philadelphie, l'Association exprime le vœu qu'un habile gynécologiste fasse partie du personnel médical de tous les asiles d'aliénés.

On recommande de fournir aux malades des asiles des occupations régulières et du travail, comme moyen thérapeutique.

On propose de charger une commission spéciale de faire une statistique exacte des causes de la folie, de son augmentation de fréquence et de la condition des aliénés.

Miss Chevaillier demande la création d'une commission nationale d'enquête sur les causes de la folie, sur son traitement et sur les moyens de la prévenir.

La même demoiselle demande qu'à la dénomination d'asile d'aliénés ou d'hospice pour les insensés, on substitue le nom d'hôpital pour les maladies mentales. Ce serait, d'après elle, un moyen de réformer les préjugés répandus dans le public, relativement à l'aliénation mentale ; de ménager les sentiments des malades, pendant et après leur séjour dans l'établissement ; de stimuler l'étude de la psychiatrie, en montrant que les aliénés sont, en théorie et en pratique, de véritables malades et qu'il faut, pour les traiter, autre chose que des verrous et des narcotiques. Une circulaire doit être envoyée à tous les chefs d'établissement, pour demander leur avis sur l'opportunité de ce changement de nom.

Enfin, un comité spécial aura à élaborer un rapport sur le placement, le traitement et la sortie des aliénés, et à rédiger un projet de loi qui devra être soumis au Congrès national et aux Législatures d'Etats.

Nous avons tenu à donner complètement le bilan de cette session, d'après le journal que nous avons cité. Pour

en juger l'importance, il faut se rappeler que l'Association s'est bruyamment organisée, il y a trois ans, en proclamant bien haut que son but était de réformer de fond en comble le régime des aliénés, de faire cesser les abus innombrables qui déparaient, disait-on, les établissements où on les soigne ; de soustraire ces malades à l'influence nuisible des autres aliénés et au pouvoir tyrannique des médecins aliénistes. Le programme était vaste et hardi, mais les résultats peuvent paraître modestes.

Il n'est pas démontré que, jusqu'à présent, on n'ait pas soupçonné que la psychiatrie constituât une branche réellement importante et intéressante des sciences médicales. Déjà, avant la réunion de Philadelphie, certains médecins avaient songé à étudier, à différents points de vue, les maladies mentales et avaient reconnu que les lésions de l'appareil sexuel peuvent exercer une influence fâcheuse sur les fonctions du système nerveux ; on peut même se demander si l'on aura beaucoup contribué à faire disparaître les soi-disant abus du traitement des aliénés, lorsqu'on aura réussi, comme le demande M^lle^ Chevaillier, à changer quelque chose au titre des établissements où on les recueille et où on les soigne.

Nous nous serions attendu à trouver dans ce compte rendu quelque idée neuve, la proposition de quelque innovation pratique et utile. Après avoir critiqué si sévèrement les médecins des asiles d'aliénés, après les avoir accusés d'incompétence, de paresse, de dureté, voire même d'inhumanité, comment se fait-il que l'Association organisée pour inaugurer des réformes radicales n'ait rien trouvé à dire ni à faire, pour le bien des malades, qui n'ait déjà été, de longue date, demandé, dit ou fait par ces mêmes médecins d'asile ? Suffit-il, pour justifier les prétentions humanitaires des promoteurs de cette œuvre, de proposer d'ajouter un nouveau modèle de statistique à tous ceux qui existent déjà, de rédiger encore des rapports et des pro-

jets de loi ? Ne ressort-il pas de tout cela qu'il est plus facile de critiquer que d'agir, et que les progrès successivement accomplis par chacune des générations de médecins aliénistes qui se sont succédé, du commencement du siècle jusqu'à nos jours, ne sont pas aussi imaginaires que d'aucuns veulent bien le dire, puisqu'il paraît si difficile d'imaginer quelque chose de nouveau et de meilleur ? En résumé, jusqu'à démonstration du contraire, l'Association dont nous parlons ici nous paraît avoir bien peu justifié les prétentions de son programme ; ne pourrait-on pas lui donner pour devise le titre d'un des drames de Shakespeare : *Much ado about nothing* ; beaucoup de bruit pour rien ?

Ne quittons pas l'Amérique sans signaler l'excellent rapport du Dr Gray, membre correspondant de la Société médico-psychologique de Paris, sur l'asile d'Utica pendant l'année 1882. Ce travail dépasse les limites d'un rapport annuel ordinaire ; il contient une réfutation fort bien faite et fondée sur nombre de documents officiels, des accusations trop légères dont le traitement des aliénés est l'objet, en Amérique comme ailleurs. Dans la partie statistique de ce rapport, nous trouvons un renseignement qui montre que si, dans tous les pays civilisés, l'organisation et le fonctionnement des asiles présentent beaucoup de points communs, ils ne sont pas sans offrir, aussi, certaines dissemblances. Voici en effet ce que nous lisons : « L'asile a continué à être librement ouvert aux visites du » public. Les fonctionnaires charitables des comtés ont été » admis dans toutes les parties de l'établissement. Le nom- » bre des simples visiteurs qui ont parcouru les bâtiments » de l'asile a été de 8,811. En y ajoutant les parents et » amis qui sont venus voir les malades, on arrive à 14,553, » en sus des fonctionnaires publics. »

Voici donc un asile public, appartenant à l'Etat de New-York, contenant environ six cents aliénés des deux sexes, les uns indigents et les autres pensionnaires, qui est ouvert d'une manière permanente au public et où il paraît tout naturel d'avoir reçu, en moyenne, chaque jour de l'année, la visite d'une quarantaine de personnes étrangères à l'établissement et à l'administration. Cette manière de faire est bien différente de la nôtre, et nous n'avons pas, sur les habitudes locales du pays où elle est en vigueur, des notions assez précises pour être à même de la juger en connaissance de cause. Aussi ne songeons-nous pas plus à la critiquer chez les autres, qu'à en recommander l'adoption chez nous. Il nous paraît probable que, dans nos pays, la grande majorité des médecins d'asiles n'hésiterait pas à affirmer qu'une admission aussi libre du public entraînerait de très sérieux inconvénients ; et, cependant, on ne peut croire que ces inconvénients se produisent à Utica, car, dans ce cas, on n'aurait pas manqué de renoncer à la mesure qui en serait la cause. Ne devons-nous pas en conclure qu'il faut nous garder de juger les questions uniquement d'après ce qui se passe sous nos yeux, et qu'il faut réfléchir, avec la plus grande circonspection, avant de repousser *à priori*, et par une sorte de parti pris, ce que nous ne connaissons pas. Telle idée qui, chez nous, paraît des plus étranges, parce que nous ne sommes pas familiarisés avec elle, semble, ailleurs, toute naturelle, et est d'une application journalière. Étudions donc, avec soin, la pratique des autres pays et gardons-nous de les condamner à la légère.

A. F.

Pathologie

SUR LA THÉORIE

DE LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

DE LA FOLIE PARALYTIQUE ET DE LA DÉMENCE PARALYTIQUE CONSIDÉRÉES COMME DEUX MALADIES DISTINCTES [1]

Par M. le Dr BAILLARGER
Membre de l'Académie de médecine.

II

LES DEUX THÉORIES ET LES FAITS CLINIQUES.

IV. — *Des cas où la folie à double forme simule la paralysie générale.*

Dans le mémoire que j'ai lu à l'Académie de médecine, en 1854, sur la folie à double forme, je citais l'observation d'un malade dont le délire, pendant la période d'excitation, ressemblait beaucoup à celui qui caractérise le début de la paralysie générale. Ce malade, en proie à une agitation très vive, « se croyait d'un esprit distingué, il faisait mille projets, dépensait beaucoup d'argent, achetait, empruntait sans s'inquiéter du paiement. »

(1) Voir les nos de mars et de janvier 1883.

Je n'ai alors établi aucun rapprochement entre la période d'excitation de la folie à double forme et la folie paralytique, et c'est en 1858 seulement que j'ai cité des observations pour démontrer la ressemblance de ces deux états.

Je concluais de ces observations que « *la manie ambitieuse, avec ou sans quelques signes de paralysie*, n'est assez souvent que l'une des phases de la folie à double forme (1). »

Depuis lors, d'autres faits ont démontré l'analogie très grande que la période d'excitation de la folie à double forme offre quelquefois avec la paralysie générale à son début.

« Cette analogie, dit M. Régis, est telle dans certains cas que l'écueil n'est point évité et que des excités maniaques, atteints de folie à double forme, sont pris pour des paralytiques au début, non par des médecins ordinaires peu habitués à ces sortes d'examens, mais par des aliénistes qui passent pour des plus éminents (2). »

M. Régis cite ensuite l'observation d'un malade atteint de folie circulaire, qui était déjà à son septième accès et chez lequel la période d'excitation maniaque simule chaque fois le début d'une paralysie générale (3).

M. Ritti, dans sa monographie sur la folie à double forme, n'a pas manqué d'insister sur la manie ambitieuse qui, dans certains cas, constitue la période d'excitation et il a signalé les symptômes somatiques qui complètent quelquefois la ressemblance avec le début de la paralysie générale (4).

Je me bornerai à rappeler les observations suivantes :

(1) *Ann. méd. ps.*, t. IV (1858), p. 398.

(2) M. Doutrebente a observé à Sainte-Anne un malade, chez lequel l'erreur de diagnostic ne fut rectifiée qu'à la suite de renseignements obtenus tardivement et qui ne laissèrent aucun doute sur l'existence d'une folie à double forme laquelle avait été prise pour une paralysie générale.

(3) Régis, *Encéphale*, 1881, p. 689.

(4) Ritti, *Traité de la folie à double forme*, p. 110.

Dix-septième observation (M. Ball).

Homme de quarante ans. Début de la maladie à l'âge de dix-huit ans à la suite d'une chute grave.

Pendant la période d'excitation, « il ne parle que d'affaires grandioses, il veut se livrer à des spéculations considérables et faire des libéralités, des aumônes, des dons... Il roule de vastes projets dans sa tête, il *veut faire de l'or*, renverser le clergé, rendre tous les pauvres heureux. »

Il offre un léger *embarras de la parole* et une *inégalité très marquée des pupilles.*

En outre, agitation très vive, besoin incessant de mouvement, excitation génésique, excès alcooliques. « Si l'on ne connaissait l'histoire de cet homme, dit M. Ball, on pourrait le prendre pour *un paralytique général au début*, mais, ajoute-t-il, voilà *vingt deux ans que cela dure*, et la paralysie générale se serait depuis longtemps manifestée (1). »

Il est bien évident qu'il n'y a pas ici de périencéphalite chronique, mais simplement une vésanie à laquelle se surajoute passagèrement le syndrôme paralytique (Délire des grandeurs, hésitation de la parole, inégalité des pupilles) ; c'est une sorte de complication passagère qui n'empêche pas la vésanie de poursuivre sa marche.

Les symptômes paralytiques dans la folie à double forme peuvent ne se présenter que dans la période de dépression et revêtir alors les caractères les plus graves. C'est ce que prouve l'observation suivante, que j'ai déjà citée ailleurs et qui est empruntée à Renaudin :

Dix-huitième observation (Renaudin) (2).

« Chez un de nos malades atteint de paralysie générale, consécutive à une *monomanie ambitieuse* qui a éclaté à la

(1) Ball, *Leçons sur les maladies mentales*, p. 326. — Voir aussi les observations réunies par M. Ritti et celles que j'ai publiées dans l'appendice de l'ouvrage de Griesinger.

(2) *Ann. méd.* 97, 1849, p. 180.

suite de désordres de conduite de toute nature, nous observons depuis *trois ans* une singulière intermittence dont nous ne nous rappelons pas avoir encore vu d'exemple. Tantôt la paralysie générale paraît être arrivée au dernier degré, on ne peut tenir le malade que dans son lit ou sur un fauteuil ; la démence est complète; il ne reconnaît aucune des persennes qui l'entourent; d'embarrassée qu'elle était d'abord la prononciation est devenue impossible. Le malade laisse aller ses excréments qui s'échappent à son insu ; il faut lui présenter ses aliments, parce que les mouvements de préhension sont devenus impossibles, et des congestions cérébrales fréquentes mettent à chaque instant sa vie en danger. Il faut à chaque instant recourir soit aux émissions sanguines, soit aux révulsifs. C'est surtout pendant l'hiver que nous observons cette situation fâcheuse ; dès que la saison devient plus favorable, cet appareil symptomatique disparaît peu à peu, et nous finissons par ne plus remarquer cette paralysie générale qui, peu de jours auparavant, nous donnait tant d'inquiétude. La réaction renaît et reprend une nouvelle énergie, et le dément du mois précédent redevient un monomaniaque ordinaire, *doué de toute la liberté de ses mouvements*, travaillant avec ardeur, soit à la culture, soit dans le service intérieur, *parlant avec facilité*, et laissant même jaillir à travers les erreurs de son délire les traits d'une intelligence peu ordinaire pour sa condition. Il est d'une propreté minutieuse, surveille attentivement ce que font les autres malades et nous lui avons dû plus d'une fois des remarques très utiles. »

Comment doit-on interpréter une pareille observation ?

Les symptômes si graves de la période de dépression ne peuvent évidemment ici s'expliquer par les lésions organiques d'une périencéphalite arrivée à sa dernière période. Il suffit pour le prouver de rappeler que tous ces symptômes disparaissaient au printemps. Le malade, en effet, recom-

mencait alors *à parler avec facilité, il recouvrait toute la liberté de ses mouvements et, en outre, faisait preuve d'une intelligence peu ordinaire pour sa condition.*

On ne peut donc admettre ici, ni le ramollissement de la couche corticale, ni les processus sclérosiques qui ne rétrocèdent pas, etc.

Il y avait chez ce malade une dépression mélancolique profonde, poussée jusqu'à la stupeur et aggravée par des congestions cérébrales fréquentes.

De ces conditions réunies, résultait un état très alarmant, mais qui a pu disparaître.

Voici d'ailleurs un autre exemple de la gravité apparente que peut présenter la folie paralytique à double forme pendant la période de dépression; cette observation difficile à classer diffère assurément de celle de Renaudin, mais elle n'offre pas moins un très grand intérêt.

Dix-neuvième observation (MACLAREN).

Il s'agit d'un homme qui entra, au mois de mai 1860, à l'asile d'aliénés d'Édimbourg, pour une paralysie générale confirmée, et dans un état de mélancolie et de stupeur. — Au bout de *trois ans*, cet état était arrivé à son maximum; le malade ne pouvait plus faire un pas, ne prononçait plus que des mots inintelligibles et paraissait devoir succomber prochainement. Mais, quelques mois plus tard, à sa mélancolie succéda une excitation cérébrale, avec conceptions ambitieuses et délire des grandeurs, qui fut suivie d'une série d'accès *épileptiformes*, après quoi, il retomba dans une période de lypémanie avec stupeur. Ces alternatives se répétèrent les années suivantes, et en 1867 son état était assez bon pour qu'on pût le transférer dans un quartier d'aliénés moins surveillés. Mais là il fut bientôt repris d'accès de manie aiguë et dut être interné avec les agités : à cette époque encore le délire des *grandeurs prédominait* dans son état mental.

Aujourd'hui (1874), *quinze ans* après le début des accidents, il garde de *l'incertitude* de la *marche*, de *l'inégalité pupillaire*, des *conceptions délirantes* et du tremblement de la langue, mais son état ne s'est pas aggravé et rien ne peut faire *prévoir une terminaison prochaine* (1).

Comme on le voit, ce malade avait offert, pendant la période de dépression, les symptômes paralytiques les plus graves. Après *trois ans* de mélancolie avec stupeur, il ne pouvait plus faire un seul pas et ne prononçait que des mots inintelligibles, « il semblait près de succomber » ; tout cela cependant a disparu presque complètement, quand survint la période d'excitation. Après quinze ans d'alternatives d'accès de manie et de mélancolie, on ne signale plus chez lui, comme troubles musculaires, « que de l'incertitude dans la démarche, de l'inégalité pupillaire et du tremblement de la langue. » Non seulement la maladie ne s'est pas aggravée, mais on ajoute que « rien ne peut faire prévoir une terminaison prochaine. »

M. de Lamaestre, dans son mémoire sur la paralysie générale à double forme, a signalé aussi cette disparition rapide de symptômes très alarmants. « C'est, dit-il, au moment où l'on croit que les malades vont succomber par épuisement, qu'il s'opère tout à coup chez eux une transformation dans laquelle les malades semblent puiser de nouvelles forces, et contrairement à toute attente, ils peuvent vivre encore plusieurs mois, ainsi que le prouvent nos deux premières observations, où pendant la période maniaque, nous avons vu les malades réparer par une alimentation très abondante les pertes occasionnées par l'alimentation insuffisante de la période mélancolique (2). »

Je crois d'ailleurs devoir rappeler que ce n'est pas seu-

(1) *Revue des Sciences médicales*, t. V, p. 632.

(2) Espiau de Lamaestre, *Sur la par gén. à double forme*. 1878, p. 7.

lement dans la folie à double forme paralytique qu'on voit se dissiper l'état si grave dont je viens de parler, cette disparition a été observée dans d'autres cas. « Des sujets couverts d'eschares, dit Marcé, gâteux, arrivés à un état de marasme et d'épuisement profond, ne pouvant se soutenir sur leurs jambes, ont été vus reprenant leurs forces, parlant plus librement, récupérant même la plus grande partie de leurs facultés intellectuelles et se sont soutenus dans cet état pendant des années entières. »

On sait que, dans la folie à double forme purement vésanique, il se produit souvent pendant la période de dépression des troubles très graves de la nutrition; j'ai cité ailleurs l'observation d'une jeune malade qui, pendant la période mélancolique, laquelle heureusement n'était pas de longue durée, maigrissait d'une livre par jour. Comment s'étonner dès lors, quand cette période mélancolique est compliquée de phénomènes congestifs graves, de voir la maladie présenter l'apparence la plus fâcheuse. Cependant la période d'excitation fait disparaître tout cet ensemble symptomatique si alarmant et les malades, comme le dit M. de Lamaestre, réparent rapidement les pertes de la période de dépression (1).

S'il ne reste alors ni signes de démence, ni lésions du mouvement, comme chez le malade de Renaudin, on doit admettre qu'il ne s est encore produit aucune lésion organique et qu'il ne s'agit que d'une *pseudo-paralysie générale*.

Si, au contraire, comme dans la dernière observation, des troubles musculaires persistent, quoique très atténués, on peut, selon les cas, ou rester dans le doute, ou affirmer l'existence d'une périencéphalite chronique.

(1) Ludwig Meyer a particulièrement insisté sur les troubles trophiques dans la folie a double forme qu'il considère comme une *tropho-névrose*.

En résumé, les cas dans lesquels la folie à double forme simule la paralysie générale, constituent une nouvelle objection contre la théorie unitaire; ils démontrent, en effet, que les symptômes, même en apparence les plus graves de la paralysie générale, peuvent être indépendants *de la périencéphalite chronique diffuse.*

V. — *Des pseudo-paralysies générales alcooliques.*

Le docteur Nasse, ayant eu occasion d'observer plusieurs cas de guérison de paralysie générale chez des alcooliques, s'est demandé si les malades ainsi guéris avaient réellement été atteints de périencéphalite chronique. Or, se fondant sur l'opinion généralement admise que la paralysie générale est incurable et sur l'incertitude qui règne encore quant aux lésions anatomiques des premières périodes de la maladie, il a résolu cette question par la négative; « il s'est cru, dit-il, autorisé à admettre pour les cas qu'il avait observés, la dénomination de *pseudo-paralysie générale alcoolique*, et par conséquent un pronostic plus favorable lorsque les symptômes de la paralysie générale se développent sur le terrain de l'alcoolisme (1). »

Les pseudo-paralysies générales alcooliques ont été étudiées avec plus de détails dans ces dernières années et, comme l'avait déjà fait M. Nasse, on s'est surtout fondé pour les admettre sur des cas de guérison.

Je crois devoir rappeler ici sommairement une observation curieuse, qui a été l'occasion d'une leçon faite à l'asile Sainte-Anne par M. Ball.

Vingtième observation (M. BALL) (2).

Homme de 44 ans. — Père et grands-pères alcooliques. Le malade a fait des excès de boisson depuis l'âge de quatorze

(1) Nasse, *Irrenfreind.* 1870, n° 7.
(2) Ball, *Leçons sur les maladies mentales*, p. 681.

ans. On constate chez lui une légère hémiplégie droite. Il est entré pour la *seizième fois* à Sainte-Anne le 1er février 1882.

La première entrée datait du 9 août 1870 (c'est-à-dire douze ans auparavant).

Le diagnostic de *paralysie générale* fut porté dès la première entrée (conceptions ambitieuses, léger embarras de la parole, inégalité pupillaire). Depuis lors, tous les accès ont offert les mêmes caractères.

M. Ball, après avoir énuméré les symptômes paralytiques que présentait son malade, ajoute : « On comprend donc aisément qu'il ait été pris pour un paralytique général par les aliénistes les plus éminents, et cependant il ne l'était pas, et la preuve, c'est que chacune de ses seize séquestrations *s'est terminée par la guérison*. Douze ans se sont écoulés depuis sa première entrée, et il n'est pas plus avancé sur le chemin de la paralysie. C'est donc un alcoolique, mais un alcoolique d'une espèce particulière. »

Les seize accès de folie ambitieuse avec embarras de la parole et qui se sont tous terminés par une guérison au moins temporaire, ne peuvent assurément être regardés comme l'expression symptomatique d'une périencéphalite chronique, mais ils ne peuvent davantage être assimilés aux folies alcooliques simples. Il s'agit donc bien réellement, comme le dit M. Ball, d'une *folie alcoolique d'une espèce particulière* et qu'il désigne sous la dénomination de *pseudo-paralysie générale alcoolique*.

Ce fait est certainement exceptionnel, mais il suffit de lire les recueils d'observations pour trouver des cas qui s'en rapprochent (1). Tel malade a eu trois ou quatre accès, tel autre un ou deux seulement.

A mon avis, il n'y a pas lieu d'admettre entre ces faits aucune différence essentielle.

(1) On peut consulter en particulier les thèses de MM. Moreaux et Lacaille.

Le malade de M. Ball a guéri de seize accès, ce qui prouve, dit-il, qu'il n'était pas atteint de paralysie générale; mais si, au lieu d'accès si nombreux, il n'en avait eu que deux ou trois ou même qu'un seul, je ne crois pas que la maladie dût être considérée comme étant d'une nature différente.

Il y a d'ailleurs des cas où le malade n'a eu qu'un seul accès et qui cependant ont une très grande importance pour démontrer la réalité des *pseudo-paralysies générales*, ce sont ceux où l'accès unique s'est prolongé longtemps et a été caractérisé par des symptômes graves.

Comment admettre, en effet, qu'une périencéphalite chronique diffuse puisse guérir, après plusieurs années, laissant l'intelligence et les mouvements intacts.

Voici, à cet égard, une observation empruntée à la thèse de M. Moreaux.

Le malade, qui avait présenté un type de *paralysie générale* et des symptômes graves, a guéri après trois années.

Vingt et unième observation (M. Moreaux).

Un homme, déjà plusieurs fois traité pour alcoolisme, entre à Bicêtre le 10 juin 1874. On constate chez lui les symptômes qui réalisent, dit M. Moreaux, le type complet de la paralysie générale. « L'embarras de la parole est des plus marqués, il y a eu rapidement paralysie des sphincters, eschares au sacrum, aux fesses, aux coudes, etc. L'agitation était extrême, le délire affectait la forme ambitieuse.

» Cet état d'incohérence et d'excitation a duré jusqu'en 1875, c'est-à-dire pendant dix-sept mois.

» A cette époque, un certificat de M. Legrand du Saulle déclare le malade incurable. »

Après dix-sept mois, il se produit une rémission et le malade quitte le quartier des agités.

Cette rémission dure quatorze mois.

Alors, retour de l'agitation maniaque et réapparition « des symptômes de la paralysie générale ».

Après quatre mois, l'agitation et peu à peu tous les symptômes disparaissent. Le malade, guéri, est rendu à la liberté en 1880.

Un an plus tard, M. Moreaux revoit cet homme qui était resté à Bicêtre pendant *cinq ans*. « Il avait repris son état de ciseleur et passait pour un bon ouvrier. Il était impossible de retrouver chez lui, au point de vue mental aussi bien qu'au point de vue physique, aucune *trace de paralysie générale* (1). »

N'est-il pas aussi difficile, dans un cas de ce genre, d'admettre l'existence d'une périencéphalite chronique que dans ceux où il y a successivement, chez le même malade, guérison de plusieurs accès d'une durée et d'une gravité moindre.

Je n'ai parlé jusqu'ici que des faits de guérison qu'on a invoqués pour démontrer l'existence des pseudo-paralysies générales alcooliques, mais on peut, en outre, se fonder sur des observations dans lesquelles l'autopsie n'a pas permis de constater les lésions ordinaires de la périencéphalite chronique. M. Camuset vient de recueillir récemment à l'asile de Vaucluse trois observations de ce genre (2).

J'ai reproduit plus haut un cas semblable emprunté à M. Régis et je crois qu'une fois l'attention éveillée sur cet ordre de faits, on ne manquera pas d'en observer d'autres.

La sixième observation de l'ouvrage de Bayle pourrait être citée comme exemple. Le malade était un héréditaire, mais il avait l'habitude de boire six petits verres au moins d'eau-

(1) Moreaux, *Thèse*, 1881, p. 45.
(2) Le mémoire qui renferme ces trois observations sera publié dans le prochain numéro.

de-vie par jour. Il succomba au bout de dix mois, après avoir présenté tous les symptômes des premières périodes de la paralysie générale. A l'autopsie, Bayle ne trouva aucune trace d'adhérences des membranes à la couche corticale et il déclare que le cerveau était sain ; les membranes seules étaient légèrement épaissies et opaques et il y avait des épanchements séreux, mais, chose importante à noter, on put constater l'existence de « deux ossifications sur la faux de la dure-mère, une d'un pouce et demi de longueur sur un demi-pouce de largeur, ayant une surface très inégale et très raboteuse, et située à la partie antérieure de la faux, au-dessus de l'apophyse cristagalli, l'autre d'un très petit volume. »

Comme je le dirai plus loin, on peut encore s'appuyer, pour prouver l'existence des pseudo-paralysies générales alcooliques, sur les cas dans lesquels la maladie se termine par la démence simple sans paralysie.

En résumé, on observe chez quelques malades, ayant fait des excès alcooliques, tous les symptômes des premières périodes de la paralysie générale, et ces malades peuvent avoir successivement plusieurs accès qui se terminent par la guérison.

Il en est d'autres qui succombent et chez lesquels l'autopsie ne permet pas de constater les lésions ordinaires de la périencéphalite chronique.

Enfin, il en est d'autres encore dont la maladie se termine par la folie chronique ou par la démence simple sans paralysie.

Ces trois ordres de faits peuvent être invoqués pour démontrer l'existence des pseudo-paralysies générales alcooliques, c'est-à-dire de folies alcooliques d'une nature spéciale qu'on est obligé de séparer également des folies alcooliques simples et de la paralysie générale.

Cet ordre de faits constitue donc une nouvelle objection contre la théorie unitaire et vient grossir le nombre des

folies paralytiques indépendantes de la périencéphalite chronique.

VI. — *Terminaison de la paralysie générale par la démence simple sans paralysie.*

Un des meilleurs arguments qu'on puisse invoquer, pour prouver l'existence de la folie paralytique comme maladie indépendante de la périencéphalite chronique, est fourni par les cas où la paralysie générale se termine par la démence simple sans paralysie.

Un malade entre dans un asile en proie à l'excitation maniaque avec délire ambitieux diffus et incohérent, il offre un embarras bien marqué de la parole et de l'inégalité des pupilles. On ne balance pas à déclarer qu'il est atteint de paralysie générale. Mais voici qu'après trois ou quatre mois, l'agitation se calme, *l'embarras de la parole disparaît* et le malade tombe dans la démence. Il pourra vivre ainsi dix, quinze, vingt ans.

Ce malade qu'on a regardé comme paralytique, était-il réellement atteint d'une périencéphalite chronique? Peut-on admettre cette étrange transformation d'une paralysie générale en une folie chronique simple sans paralysie ? A mon avis, la réponse à cette question ne saurait être douteuse. Dans tous les cas de ce genre, on a commis une erreur de diagnostic et le malade n'était pas atteint de périencéphalite chronique, mais simplement d'*une folie paralytique,* ou si on veut, d'une *pseudo-paralysie générale.*

Dès 1858, j'ai invoqué cet argument pour démontrer l'existence des folies congestives, indépendantes de la paralysie générale.

« Il est, disais-je, des sujets qui tombent dans la manie chronique, n'offrant plus ni le délire ambitieux, ni les signes légers de paralysie qui avaient marqué le début de la maladie. Un aliéné que j'ai observé, est resté neuf ans

dans cet état et on avait tout à fait oublié les symptômes graves du début, quand ils reparurent tout à coup, à la suite d'une congestion cérébrale; la paralysie générale avec retour du délire ambitieux eut alors une marche très rapide et le malade succomba après deux mois. »

J'ajoutais plus loin :

« Comme mode de terminaison en dehors de la démence paralytique, je signalerai encore quelques cas de démence simple, avec ou sans persistance de délire ambitieux. »

Lorsque la folie paralytique se termine ainsi par la démence simple, il y a, comme on le voit, une véritable transformation. Les symptômes somatiques disparaissent, la maladie reprend les caractères d'une vésanie simple, et comme elle, se termine par la démence sans paralysie.

Marcé a vu quelques cas semblables, mais chez des malades qui avaient fait des excès alcooliques, et il ajoute qu'il est disposé « à regarder les faits de cette nature non comme de *véritables paralysies générales, mais comme des faits de démence alcoolique associée à des idées ambitieuses et à des troubles passagers de la motilité dus uniquement à l'intoxication spéciale* (1). »

M. Westphal a signalé des faits du même genre. Après avoir décrit les troubles musculaires qui caractérisent la paralysie générale, il ajoute « que ces troubles peuvent parfois s'effacer ou *même disparaître complètement*, aussi bien les troubles du langage que ceux des extrémités et ceux des sphincters (2). »

Il rapproche ces cas de ceux dans lesquels les malades, bien que jugés atteints de paralysie générale, d'après les troubles psychiques, succombent sans avoir présenté aucun symptôme du côté de la motilité. Ce sont ces deux ordres

(1) Marcé, *Traité des maladies mentales*, p. 445.
(2) Westphal, *Archives de psychiatrie*, 18 8.

de faits qui constituent les paralysies qu'il appelle *latentes* et dont il a été parlé plus haut.

Dans l'appendice à l'ouvrage de Griesinger j'ai réuni six observations de folie paralytique terminée par la folie chronique ou par la démence simple; les recherches nécroscopiques ont été faites dans trois cas et on n'a pas pu constater les lésions ordinaires de la périencéphalite chronique (1).

Je crois qu'on pourrait réunir un assez grand nombre d'observations de ce genre, si on cherchait avec soin dans les asiles des malades qui ont été jugés à leur entrée atteints de paralysie générale et qui cependant y séjournent depuis plus de dix ans.

Il résulte d'une note qui m'avait été remise par Archambault, qu'il avait trouvé à Charenton douze ou quinze malades admis dans l'établissement depuis plus *de dix ans* et qui avaient été désignés à leur entrée comme atteints de *paralysie générale* (2).

M. Christian m'a assuré qu'il pourrait également, aujourd'hui et dans le même établissement, constater des faits semblables.

M. le Dr Lapointe, dans un rapport qu'il a adressé à la Société médico-psychologique, déclare qu'il a actuellement dans son asile plusieurs malades admis aussi depuis *dix*, *quinze* ou *vingt ans* et qui, à leur entrée, avaient été classés comme paralytiques (3).

Il y a peut-être des malades qui conservent des lésions du mouvement et on peut, dans ces cas, dire que la paralysie générale est simplement arrêtée dans sa marche, mais il en est d autres où il ne reste que des signes de démence et c'est de ceux-là seulement que je veux parler, tels sont par

(1) Baillarger, *Appendice à l'ouvrage de Griesinger*, p. 726.
(2) *Ann. méd. psych.*, 1858, t. IV, p. 422.
(3) *Ann. méd. psych.*, 1882, t. VII, p. 121.

exemple les trois observations suivantes que j'emprunte à M. Marandon de Montyel :

Vingt-deuxième observation (M. Marandon de Montyel) (1).

Homme de quarante-deux ans. — *Influence héréditaire.* « A son entrée, le Dr Marchant diagnostiqua une *paralysie générale*. Les symptômes physiques s'amendèrent peu à peu, et moins d'un an après l'entrée du malade, ils avaient *complètement disparu pour ne plus reparaître*. Depuis un an et demi que nous suivons cet aliéné, ajoute M. Marandon, nous n'avons jamais constaté que les symptômes intellectuels de la démence, sans la *moindre trace de paralysie*. »

Il importe de noter que la maladie remontait à plus de *dix ans*.

Vingt-troisième observation (M. Marandon de Montyel).

Homme de trente-trois ans. — *Père aliéné.* Entré à l'asile le 7 août 1863.

« La paralysie générale dont il était atteint, datait seulement de dix-huit mois et avait eu une invasion lente. Durant les années 1864 et 1865, l'état mental et physique du malade se modifia considérablement. *Les symptômes paralytiques s'amendèrent peu à peu et disparurent.* Aujourd'hui, octobre 1878 (*seize ans* après le début), ils n'ont pas encore reparu et le malade n'a jamais présenté à notre examen que la démence simple. »

Vingt-quatrième observation (M. Marandon de Montyel).

Homme de trente-deux ans. — *Influence héréditaire.*

« La maladie a débuté, sans cause appréciable, en décembre 1864. Six mois s'étaient à peine écoulés, depuis

(1) Marandon de Montyel, *Ann. méd. psych.*, 1878, t. XX, p. 355.

l'admission du malade, que tous les *symptômes paralytiques disparaissaient.* Ils n'ont plus été observés depuis.

» Le 22 octobre 1877, c'est-à-dire après plus de douze ans, le malade succomba à une infection purulente consécutive à un abcès du cuir chevelu. »

Il pourra même arriver, dans quelques cas plus rares, que le degré d'affaiblissement intellectuel qui persiste sera très léger; et j'ai rapporté ailleurs l'observation d'un ataxique qui se trouvait dans ce cas, bien qu'il eût eu pendant quatre mois un accès de folie paralytique accompagné de symptômes graves.

Lagardelle a cité, sous ce rapport, un fait très remarquable :

Le malade, à son entrée, avait été jugé *paralytique. Trois ans plus tard, les symptômes persistaient encore* (excitation maniaque, loquacité, délire ambitieux, embarras de parole.)

Pendant plus de dix ans, dit Lagardelle, l'état mental resta le même.

L'*embarras de la parole avait disparu depuis longtemps.* Puis survint de l'affaiblissement intellectuel, une incohérence croissante dans les idées avec continuation du délire ambitieux. Le malade parlait de châteaux, se croyait le maître de l'établissement, disait que tous les médecins étaient à lui, etc., etc...

En 1867, c'est-à-dire *dix-sept ans après le début de la maladie*, il est impossible, dit Lagardelle, de trouver chez cet homme, depuis longtemps calme et bon travailleur, le moindre trouble de la sensibilité et du mouvement. L'affaiblissement de son intelligence avait fait des progrès très peu sensibles.

La folie paralytique chez ce malade s'était donc terminée par la démence simple, et encore cet état de démence était-il peu prononcé, car le malade put être rendu à sa famille.

M. Drouet a rapporté une observation de folie paralytique terminée par la folie chronique.

C'est celle d'une femme de trente-cinq ans, ayant commis des *excès alcooliques* et qui, à l'époque de sa séquestration, présentait un mélange d'idées hypochondriaques, d'idées de persécution et des conceptions délirantes ambitieuses ; des alternatives d'excitation et de dépression mélancolique, des troubles de la sensibilité générale et, par moments, de *l'hésitation de la parole* et un léger tremblement de la langue et des mains. La malade se croyait riche, ses enfants avaient chacun trois mille francs de rente, etc.

« En présence de ces symptômes, un médecin déclare que Mme Ch. est dans *la période maniaque d'une démence paralytique;* tandis qu'un autre médecin, plus réservé quoiqu'à peu près du même avis, se borna à déclarer qu'il y avait seulement à craindre le début de cette affection. »

Or, chez cette femme les *idées ambitieuses disparurent rapidement ainsi que les troubles de la motilité, tandis que le délire de persécution s'accusait de plus en plus.*

Quand M. Drouet rédigeait cette observation, la malade ne présentait plus *depuis vingt-sept mois aucun signe de paralysie générale, tandis que le délire de persécution était toujours aussi marqué* (1).

En résumé, il résulte de ce qui précède, qu'il y a des cas où les symptômes de la paralysie générale s'observent réunis et dans lesquels la maladie se termine par la démence simple sans paralysie.

Il y a donc là encore un ordre de faits qui doit être séparé de la paralysie générale.

C'est une nouvelle objection contre la théorie unitaire et une preuve de l'existence des folies paralytiques indépendantes de la paralysie générale.

(1) Drouet, *Ann. méd. psych.*, 1871, t. VII, p. 182.

VII. — *Des rémissions de la paralysie générale. Elles ne sont autre chose que la dissociation de la folie paralytique qui guérit, et de la démence paralytique qui persiste.*

L'étude comparée de la folie simple et de la folie paralytique permet de constater un fait qui me paraît offrir un très grand intérêt; Ce fait est le suivant :

Quand la manie ou la mélancolie simple se terminent par la démence, on ne voit jamais le malade guérir de son accès de délire et la démence continuer.

Au contraire, rien n'est plus fréquent dans la folie paralytique.

Le malade guérit de son délire ; il revient à une lucidité complète et reconnaît l'absurdité de ses conceptions délirantes, mais il offre les signes d'une démence paralytique commençante, et cette démence ira désormais en s'aggravant.

Il y a donc eu dissociation entre *le délire et la démence, ou mieux, entre la folie paralytique et la démence paralytique.*

Cette dissociation est ce qui constitue, dans beaucoup de cas, ce qu'on appelle les *rémissions de la paralysie générale* qui, comme on le voit, ne sont pas alors autre chose que la guérison de la folie paralytique, avec persistance de la démence paralytique à son début.

Telle est l'opinion que j'ai depuis longtemps émise et que je vais essayer de démontrer ici. La dissociation fréquente de la folie paralytique et de la démence paralytique me paraît, en effet, un des meilleurs arguments qu'on puisse invoquer en faveur de la théorie dualiste.

Je me bornerai à rappeler une seule observation, empruntée encore cette fois à M. Foville. Cette observation présente le type classique de ce qu'on appelle les rémissions.

Elle suffira pour servir de base à la discussion.

Vingt-cinquième observation (M. Foville)(1).

Homme de trente-neuf ans. — Habitudes de débauche. — Excès alcooliques et vénériens. — Accès de mélancolie qui dure deux mois. — Guérison apparente pendant six mois. — Alors, délire expansif le plus complet. — Actes de violence, penchant comme invincible à la destruction. — Excitation maniaque très vive. — Embarras très marqué de la parole. — Après cinq mois, l'excitation se calme, le délire continue. — Bientôt ce délire cesse.

« En quelques jours, dit M. Foville, il se fait *une modification complète dans l'état de ce malade. Il revient très promptement à la lucidité et à une appréciation exacte de la réalité. Ses idées de grandeur et de richesses disparaissent, il s'habille proprement, a soin de sa personne, a la conscience qu'il vient d'être malade pendant plusieurs mois, mais il a peine à croire tout ce qu'on lui raconte sur la nature de ses actes et de ses idées pendant cette période de temps.* L'appétit se conserve bon ; la physionomie reprend une teinte saine, mais *la parole conserve le caractère d'hésitation et de lenteur qu'elle a présenté depuis la seconde entrée du malade.* »

En même temps qu'il conservait cette lenteur de la parole, le malade offrait les signes d'*un affaiblissement marqué des facultés, d'une grande crédulité et d'une docilité qui ne faisait pas partie de son ancien caractère ; en un mot, il y a un commencement évident de démence.* »

Rien de plus simple que l'analyse de ce fait.

Il y a eu un accès de délire maniaque qui a duré six mois. Cet accès a guéri et le malade a pu remplir les fonctions d'employé dans les bureaux de l'asile.

Mais cet homme, qui avait conscience de l'accès de délire qu'il venait de traverser et dont la conduite était en tout

(1) Foville, *loc. cit.*, 398.

raisonnable, conservait deux ordres de symptômes des plus graves :

On pouvait constater chez lui un *commencement de démence* et en même temps la persistance de l'*hésitation et de la lenteur de la parole.*

Il offrait donc les symptômes *essentiels* et *pathognomoniques* d'une *démence paralytique* au début.

Il y avait eu dissociation entre l'*accès de délire maniaque et la démence paralytique,* le premier était guéri et la seconde persistait.

Tel est, à mon avis, le fait qui caractérise le plus souvent ce qu'on appelle les rémissions de la paralysie générale, au moins de toutes les rémissions véritables (1).

S'il en est ainsi, la conséquence qu'on peut en tirer est bien simple : c'est qu'en réalité il n'y a pas de rémissions dans la paralysie générale. « Les processus sclérosiques qui constituent dans son essence la paralysie générale, dit M. Luys, une fois qu'ils se sont implantés dans le tissu nerveux, pas plus que les processus sclérosiques congénères de l'ataxie locomotrice, de la sclérose en plaques, de la paralysie agitante, ne rétrocèdent pas. *Ils poursuivent sur place, fatalement, leur évolution progressive et s'avancent incessamment vers une terminaison fatale.* »

Ailleurs, le même auteur fait remarquer que *s'il y a des rémissions dans la paralysie générale, elles sont dues à la cessation des épiphénomènes, mais que la lésion fondamentale persiste et continue à évoluer.* »

Telle est, en effet, très nettement exprimée l'opinion que je défends.

Le malade de M. Foville, chez lequel on observe un com-

(1) On observe quelquefois, comme pour la folie simple, des cas où le malade ne recouvre qu'incomplètement la conscience de son état ; il se plaint de sa séquestration et conserve un optimisme exagéré. Je ne m'occuperai pas de ces faits ; les autres sont d'ailleurs assez nombreux pour étayer l'opinion que je défends.

mencement de démence et l'embarras permanent de la parole, a une affection organique qui n'a pas *rétrocédé*, il n'y a eu là aucune rémission. Ce qui a cessé c'est un accès de manie qui avait duré six mois, accès qu'il me paraît difficile de considérer comme un simple épiphénomène.

Un médecin anglais, le docteur Mickle, dans la monographie qu'il vient de publier sur la paralysie générale, s'exprime de la manière suivante, à propos des rémissions :

« Le peu que j'ai vu, dit-il, est conforme pour le plus grand nombre des cas à l'opinion de M. Baillarger, qui parle depuis longtemps d'une *dissociation des deux ordres de symptômes, de telle sorte que la folie disparaît, la paralysie générale persistant* (1). »

Pour démontrer que la dissociation de la folie paralytique et de la démence paralytique s'observe très fréquem-

(1) M. Mickle rappelle ici que j'ai signalé depuis longtemps cette *dissociation* des deux ordres de symptômes : cela remonte en effet à une note publiée dans les *Annales*, en 1847. J'avais essayé de déterminer l'ordre dans lequel disparaissent les symptômes quand la paralysie générale tend vers la guérison; et j'étais conduit à admettre que dans tous les cas de ce genre « l'amélioration ne porte pas également sur les deux ordres de symptômes et qu'il se fait alors une sorte de *dissociation* entre le délire et la lésion des mouvements, de telle sorte que la *folie disparaît*, la *paralysie générale persistant*. »

Je citais à l'appui de cette opinion huit observations recueillies par moi ou empruntées à divers auteurs.

Depuis lors, je n'ai pas cessé d'insister sur ce fait de la dissociation du délire et de la démence paralytique comme M. Jules Falret l'a rappelé dans sa thèse, en 1853. « M. Baillarger, dit-il, dans ses leçons cliniques, a signalé également la disparition assez fréquente des phénomènes du délire dans le cours de cette affection, mais il a soutenu que les symptômes paralytiques et, en particulier, l'embarras de la parole, quoique très diminués, ne cessaient pas d'exister pendant cette intermittence des phénomènes du délire et témoignaient par leur présence de la persistance de la maladie. »

En 1855, dans un mémoire, le premier, je crois, qui ait été publié sur les rémissions, je m'étais appliqué à déterminer quel est alors l'état intellectuel des malades. « Cet état, disais-je, est facile à caractériser, il se résume dans ces deux faits : *Cessation du délire, persistance de la paralysie.* »

ment, je pourrais rapporter ici un grand nombre de faits en tout semblables à celui que j'ai cité plus haut, mais il me suffira pour ne laisser aucun doute de rapprocher les opinions de quelques auteurs.

Je ne m'occuperai pas des distinctions que ces auteurs ont pu établir entre les diverses espèces de rémissions. Je me bornerai à rechercher dans ce qu'ils ont écrit, la preuve de la dissociation fréquente de la folie paralytique et de la démence paralytique.

Les opinions émises par M. Sauze, dans le mémoire spécial qu'il a publié sur les rémissions, peuvent se résumer par les trois propositions suivantes :

1° Le délire cesse entièrement dans la *majorité des cas.*

2° *L'affaiblissement intellectuel à différents degrés persiste constamment*;

3° Quant aux symptômes de paralysie, ils peuvent tantôt disparaître complètement, tantôt persister plus ou moins marqués.

M. Doutrebente a aussi étudié les rémissions dans un long travail, publié en 1878, et il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Les symptômes les plus *fugaces* sont : l'*agitation*, le *délire* et le tremblement des membres;

2° L'*embarras de la parole*, le tremblement des lèvres, l'inégalité des pupilles et un *certain degré d'affaiblissement intellectuel persistent plus longtemps.*

L'*embarras de la parole* nous a paru le *symptôme le plus tenace.*

En dehors des travaux spécialement consacrés aux rémissions, tous les auteurs qui ont écrit sur la paralysie générale n'ont pas manqué de les signaler avec plus ou moins de détails.

Le premier qu'il convient de citer, est M. Jules Falret, qui s'exprime ainsi : « On est vraiment, dit-il, frappé d'étonne-

ment, en voyant des aliénés en proie depuis longtemps au délire des grandeurs le plus multiple et le plus incohérent, à l'agitation maniaque la plus violente, à des phénomènes de débilité musculaire déjà très prononcés, revenir à un état presque normal, *reconnaître leurs erreurs, renoncer à toutes leurs idées délirantes*, et recouvrer leurs forces musculaires. »

« Un médecin exercé, ajoute-t-il, peut seul retrouver dans le tremblement léger des membres, des lèvres et *dans l'hésitation de la parole,* quelques traces de la maladie qui se manifeste aussi par une *diminution notable, mais sans trouble, dans l'étendue et la portée de l'intelligence, et souvent aussi par la faiblesse du caractère et de la volonté* (1). »

Rien de plus précis, comme on le voit. Ici encore, guérison du délire, persistance d'un commencement de démence et de l'hésitation de la parole.

Le docteur Mendel, dans la monographie qu'il a publiée récemment, a distingué trois espèces de rémissions.

Dans la première, il y a *cessation complète du délire. Le malade a la conscience de ses anciennes conceptions délirantes.* Sous ce rapport, par conséquent, il peut être, dit-il, considéré comme *momentanément guéri.*

Ce qui reste de la maladie, c'est :

1° Un peu d'*affaiblissement intellectuel et moral* (défaut d'énergie, indifférence pour ses intérêts, etc.);

2° Persistance *des symptômes somatiques* (*hésitation de la parole*; *légère faiblesse dans les jambes*, altération de l'écriture, inégalité des pupilles.)

Quelques auteurs, tout en admettant d'une manière très précise la guérison du délire, se sont bornés à signaler la persistance de l'embarras de parole ou de la démence.

(1) Jules Falret, *loc. cit.*, p. 41.

« Chez certains malades, dit Marcé, *l'embarras de la parole* persiste d'une manière très apparente, et cependant ils raisonnent juste, se *conduisent convenablement dans le monde, ont souvenance d'avoir été aliénés, et attribuent eux-mêmes à un état de folie toutes les fausses conceptions dont ils ont gardé le souvenir.* »

D'après M. Legrand du Saulle, les rémissions sont caractérisées par la cessation du délire et par la persistance de la démence.

En résumé, on voit que les auteurs que je viens de citer sont tous d'accord pour admettre comme très fréquents dans ce qu'on appelle les rémissions, les faits suivants :

1° Guérison du délire ;

2° Persistance d'un commencement de démence et de l'embarras de la parole.

Dans tous ces cas, il y a donc dissociation de la folie et de la démence paralytiques encore à son début.

La fréquence de cette dissociation me paraît donc complètement démontrée, — il ne reste plus qu'à examiner quelles conséquences on peut tirer de ce fait pour la théorie de la paralysie générale.

J'ai dit plus haut que, quand les vésanies se terminent par la démence simple, on ne voit jamais la folie guérir, la démence poursuivant sa marche. Les manifestations du délire disparaissent peu à peu à mesure que l'intelligence s'abolit, mais on ne voit dans aucun cas le dément revenir à la raison.

Pourquoi en est-il si souvent autrement pour la folie paralytique? Pourquoi la voit-on guérir, alors que la démence paralytique poursuit son évolution?

L'explication qu'on peut donner de cette différence est très simple.

La démence paralytique, en dehors de la folie, a une existence qui lui est propre. Elle est souvent primitive et

sans délire; elle constitue alors, comme l'a dit M. Charcot, un type vulgaire et classique.

Or, rien de semblable n'a lieu pour la démence simple. On a pu admettre et j'ai pu admettre moi-même des cas très rares et exceptionnels de démence primitive, en dehors des démences toxiques ou de celles qui ne sont que la première manifestation d'une lésion organique des centres nerveux. Cette opinion, depuis qu'on a mieux étudié les pseudo-démences, paraît abandonnée.

M. Foville, dans sa classification des diverses espèces de démence, n'admet comme démence simple primitive que la démence sénile (1).

M. Luys a complètement passé sous silence la démence primitive et simple dans son récent traité des maladies mentales.

M. Ball, tout en admettant en principe l'existence des démences simples primitives, ajoute cependant :

« Qu'il est incontestable que, dans l'immense majorité des cas, la démence est consécutive à un état pathologique qui l'a précédée. C'est *un point d'arrivée*, et *non pas un point de départ* (2). »

On voit donc qu'il n'est rien moins que prouvé que la démence simple soit, même dans quelques cas rares, une maladie primitive et ayant une existence qui lui soit propre; comme le dit M. Ball, elle constitue un point d'arrivée et non pas un point de départ. Or, c'est là la différence essentielle qui la sépare de la démence paralytique dont personne ne conteste l'existence comme maladie primitive et en dehors de la folie.

Ces faits expliquent comment la démence paralytique, en tant que maladie spéciale, peut continuer à évoluer, alors

(1) Foville, *Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XI, p. 98.

(2) Ball, *loc. cit.*, p. 340.

que la folie qui la précède ou la complique guérit et se sépare d'elle.

Les rapports de la folie paralytique et de la démence paralytique que j'étudierai plus loin, sont donc très différents de ceux de la folie simple et de la démence simple; autant les deux états sont intimement unis dans le second cas, autant ils se séparent facilement dans le premier; or, cette dissociation si facile et si fréquente de la folie paralytique et de la démence paralytique ne peut s'expliquer qu'en admettant que ces deux états ont chacun leur existence propre.

Sans doute, les lésions de la démence paralytique primitive quand elles ont précédé l'explosion de la folie paralytique ont pu la provoquer, mais celle-ci une fois développée n'est plus sous la dépendance directe de ces lésions; elles évoluera à part et guérira malgré la persistance des lésions qui ont pu en être le point de départ. La folie paralytique peut alors être comparée, comme je l'ai dit, à la pleurésie tuberculeuse. Il n'y a pas rémission de la phthisie pulmonaire quand le tuberculeux est guéri de sa pleurésie. Il n'est pas plus exact de regarder comme une rémission de la paralysie générale la guérison d'un accès de manie ou de mélancolie qui a été simplement *greffé* sur la démence paralytique.

La folie paralytique n'est donc ni une période, ni une forme de la paralysie générale. Elle a une existence qui lui est propre; elle précède la paralysie générale ou la complique; on comprend donc comment, dans ce dernier cas, elle guérit si souvent, se séparant ainsi de la maladie primitive qui a pu lui donner naissance.

La dissociation fréquente *de la folie paralytique et de la démence paralytique*, fournit donc, à mon avis, un des meilleurs arguments qu'on puisse invoquer en faveur de la théorie dualiste.

(*La fin au prochain numéro.*)

LA PARALYSIE AGITANTE

EXAMINÉE COMME CAUSE DE FOLIE

Par M. le Dr PARANT

Médecin de la Maison de santé de Toulouse,
Membre de la Société de médecine de Toulouse,
Correspondant de la Société médico-psychologique.

Nous nous proposons d'examiner si la paralysie agitante peut être une cause de folie.

Un récent mémoire, dont nous nous occuperons plus loin, et une observation que nous avons eu occasion de recueillir ont été le point de départ de ce travail.

Les auteurs qui ont traité de la paralysie agitante se sont en général peu occupés des troubles intellectuels qui peuvent survenir au cours de cette maladie. Cela tient peut-être à ce qu'ils n'ont pas attaché d'importance à ces troubles, ou ne leur ont pas trouvé de relations avec l'entité morbide qu'ils avaient à décrire. Ils signalent presque tous, il est vrai, l'affaiblissement des facultés mentales, la démence, comme pouvant survenir à la longue; mais ils paraissent tous disposés à croire que ces complications ne sont pas nécessaires, pas inévitables. Tous, dans leurs descriptions, ne consacrent d'ailleurs que quelques lignes à cette partie de la question.

Dans la nouvelle édition, tout récemment donnée par M. Huchard, du Traité des névroses, d'Axenfeld, on trouve seulement les lignes suivantes :

« Un des caractères cliniques de la maladie, c'est la lenteur de son évolution..... Mais au bout d'un certain temps les malades s'affaiblissent..... l'intelligence, qui

avait jusqu'alors conservé sa netteté, est moins vive; la mémoire devient infidèle..... la prostration se peint sur le visage (1). » Et ailleurs : « Dans certains cas de paralysie agitante (forme sénile), l'air hébété de la physionomie..... l'écoulement involontaire de la salive, ainsi que l'embarras particulier de la parole, peuvent faire penser à un ramollissement du cerveau..... (2). »

Trousseau dit encore plus brièvement : « L'intelligence, d'abord intacte, finit par s'affaiblir ; la mémoire se perd, et les personnes qui vivent dans la société du malade s'aperçoivent bientôt qu'il n'a plus la lucidité ordinaire de son esprit ; la caducité arrive bien avant l'âge (3). »

M. Charcot, qui a longuement étudié les diverses manifestations de la paralysie agitante, se borne à dire, au sujet des altérations mentales, « qu'à un moment donné l'intelligence s'obscurcit et la mémoire se perd (4). »

M. Fernet, dans l'article *Paralysie agitante* du Nouveau Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques, n'est pas plus explicite.

M. le professeur Jaccoud, dans son Traité de pathologie interne, ne dit pas un mot des modifications intellectuelles dans la paralysie agitante (5).

M. Grasset, dans son Traité des maladies du système nerveux, tout en étant également très bref sur ce sujet, ajoute cependant quelques traits à ce qui a été dit par les précédents auteurs. Il dit : « A la période terminale de la maladie, les fonctions cérébrales peuvent être atteintes, et

(1) Axenfeld et Huchard, *Traité des névroses*, 2e édition, 1883, page 693.
(2) *Ibidem*, page 701.
(3) Trousseau, *Clinique médicale*, 3e édition, tome II, page 275.
(4) Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 2e édition, 1875, tome Ier, page 179.
(5) Jaccoud, *Pathologie interne*, 6e édition, 1879. — *Paralysie agitante*, tome Ier, page 256.

on observe de l'hypocondrie, de la mélancolie, de l'affaiblissement intellectuel (1). »

Comme on le voit, ce sont presque uniquement les phénomènes de la démence qui ont attiré l'attention des auteurs ; dans aucun d'eux il n'est question de maladies mentales proprement dites, de perturbations délirantes prolongées au cours de la paralysie agitante. M. Grasset seul signale l'hypocondrie, la mélancolie, qui sont une première étape vers l'aliénation mentale ; et encore le peu qu'il en dit ne permet pas de croire qu'il leur ait donné une grande importance, ou qu'il les ait considérées comme susceptibles de prendre un grand développement. Il ne les fait du reste survenir que dans la dernière période de la maladie.

Enfin, si l'on consulte les traités spéciaux de maladies mentales, on ne trouve pas la paralysie agitante signalée comme cause d'aliénation. M. Luys seul en parle dans les termes suivants qui ne précisent absolument rien : « Chez un certain nombre de sujets atteints de paralysie agitante arrivée à une période avancée, il m'est arrivé de rencontrer aussi, deux fois, des phénomènes d'excitation avec délire bien prononcé. Les sujets étaient agités, la nuit, sans cesse portés à se mouvoir, et inconscients de leurs actes (2). »

Dans un récent mémoire, M. le professeur Ball a mis au contraire la question sur un terrain nouveau. Il dit que, depuis quelques années, il a eu souvent l'occasion de constater des troubles intellectuels chez des sujets atteints de paralysie agitante ; que ces troubles intellectuels ne consistent pas seulement dans l'affaiblissement des facultés qui est signalé par les auteurs, mais bien dans la produc-

(1) Grasset, *Maladies du système nerveux*, 1879, tome II, page 512.
(2) Luys, *Traité des maladies mentales*, Paris 1881, page 241.

tion de véritables désordres psychiques, qui s'étendent depuis une simple irritabilité de caractère jusqu'à de véritables accès d'aliénation mentale; et il ajoute que loin de croire qu'il s'agisse alors d'une exception, il est plutôt d'avis que ce léger degré de perturbation intellectuelle est presque la règle dans cette affection (1).

Dans ses Leçons sur les maladies mentales récemment publiées, M. Ball revient sur le même sujet. Etudiant ce qu'il appelle les folies névropathiques, c'est-à-dire les folies qui surviennent chez les individus atteints d'épilepsie, d'hystérie, de chorée, etc., il ajoute : « La paralysie agitante, à son tour, peut se compliquer de folie. Presque tous les sujets atteints de cette maladie ont un caractère étrange, irritable et difficile. Mais dans quelques cas qu'il m'a été donné d'observer, il existait un véritable état d'aliénation mentale, accompagné quelquefois d'illusions et d'hallucinations..... »

« Les troubles intellectuels de la paralysie agitante prennent tantôt la forme de lypémanie où de délire des persécutions, tantôt celle de la stupeur avec affaissement intellectuel. Ces troubles ne sont pas permanents; ils paraissent s'exagérer quand les accidents du côté de la sensibilité s'aggravent, et ils tendent, au contraire, à disparaître, quand le tremblement diminue ou cesse absolument. Aussi ne sont-ils point fréquents à cette période où la rigidité tend à remplacer la trépidation. En même temps ils sont susceptibles d'être améliorés par tous les modes de traitement qui peuvent amener une sédation des troubles de la motilité (2). »

Nous aurons à revenir plus loin sur quelques-unes des particularités qui viennent d'être signalées.

(1) Ball, *De l'insanité dans la paralysie agitante*, article du journal l'*Encéphale*, n° du 25 mars 1882.

(2) Ball, *Leçons sur les maladies mentales*, Paris, 1883, page 559.

Pour appuyer les conclusions qu'il formule dans son premier mémoire, et qu'il a reproduites dans ses Leçons, M. Ball cite sept observations, dont quatre lui sont personnelles.

Sur ces sept observations, quatre seulement peuvent réellement être comptées comme décisives pour notre sujet. Dans les autres, il n'y a rien de plus que ce qui a été signalé par tous les auteurs, à savoir la débilitation mentale, et la perte plus ou moins complète des diverses facultés.

Dans la première de ces quatre observations, il est question d'un malade présentant un cas d'aliénation mentale caractérisée par des hallucinations multiples, par des conceptions délirantes et par des impulsions au suicide, se développant au cours d'une paralysie agitante.

Voici un extrait de cette observation :

« Le malade est d'un tempérament émotif ; il pleure facilement et la tendance générale de son caractère le porte à la tristesse. Mais il existe des désordres psychiques bien plus accentués. Depuis six mois il entend des voix, on l'insulte ; on le menace ; on lui adresse de temps en temps des injures ; il aperçoit des ennemis qui viennent entourer son lit et mettre sa vie en danger. Il s'agite alors violemment et cherche à s'échapper. Ces accidents ne se produisent que la nuit. Dès que le jour paraît, les persécuteurs s'effacent, et il ne reste plus au malade que le souvenir de ses terreurs nocturnes.... Plus d'une fois, sous l'empire de cette obsession, il a essayé de se suicider. La mémoire est considérablement affaiblie, et les facultés intellectuelles sont visiblement alourdies. »

On pourrait être porté à croire que c'étaient des rêves plutôt que des hallucinations véritables qui venaient ainsi troubler ce malade. Mais la vivacité, la persistance des impressions, et la production d'idées de suicide, témoignent de la réalité des conceptions délirantes. Il n'en est pas moins curieux

que les hallucinations se soient produites ainsi uniquement la nuit, et qu'il en ait été comme dans les deux cas cités par M. Luys, où les sujets étaient agités également la nuit. Ces malades se sont trouvés dans des conditions analogues à celles des alcooliques soumis à l'influence d'un délire.

Dans une seconde observation de M. Ball, il s'agit d'une dame, habituellement déprimée, qui avait de temps en temps des accès d'agitation venant trancher sur le fonds monotone du délire, et présentant le caractère de l'excitation maniaque ; les crises persistaient deux ou trois jours.

Un autre malade présentait les divers phénomènes de la folie circulaire. Pendant les périodes d'excitation, il avait des conceptions délirantes parfaitement caractérisées.

Enfin, dans un quatrième cas, il s'agit d'un malade chez qui l'intelligence était restée nette, quoiqu'elle eût été toujours peu développée, et qui était habituellement déprimé, lypémaniaque, avec des périodes de rémission pendant lesquelles il était relativement de bonne humeur.

Ces quatre faits sont significatifs, et confirment d'une manière générale la réalité des coïncidences sur lesquelles M. Ball a justement appelé l'attention.

Voici maintenant l'histoire d'un malade que nous avons vu récemment. Il était atteint de paralysie agitante, et donnait depuis longtemps des signes de folie véritable. Cette histoire constitue un fait intéressant à ajouter à ceux dont il vient d'être question.

Au mois de juin 1882, nous fûmes appelé en consultation par un confrère, auprès de M. X..., afin d'examiner son état mental, de déterminer s'il y avait lieu de demander son interdiction, et de donner à sa famille le certificat dont elle avait besoin dans ce but.

Notre confrère qui connaissait depuis longtemps le malade nous apprit qu'il était atteint, depuis une douzaine d'années, de paralysie agitante. Cette maladie ayant fait en

dernier lieu des progrès notables, M. X..., au moment où nous le vîmes, était devenu impotent et ne pouvait quitter son fauteuil sans être soutenu par deux personnes ; il avait les mains et les bras agités d'un tremblement caractéristique, qui n'existait pas à la tête. Avec le tremblement les jambes étaient extrêmement raides, comme contracturées ; on retrouvait un peu de cette même raideur dans les avant-bras. En outre les mains, la droite surtout, étaient notablement déviées vers le bord cubital. Il y avait là suffisamment de quoi reconnaître le genre de la maladie, sur lequel les phénomènes antérieurement observés par notre confrère ne pouvaient du reste laisser aucun doute.

En ce qui faisait l'objet principal de notre consultation, nous pûmes constater que M. X... présentait les signes d'une démence avancée, et qu'il était devenu manifestement incapable de diriger sa personne et d'administrer ses biens.

Les renseignements qui nous furent donnés par la famille nous permirent de reconstituer le passé de la maladie ; ils nous apprirent que, depuis plusieurs années, M. X... était sous l'influence de troubles intellectuels ayant consisté d'abord en un simple délire des persécutions avec hallucinations. Il croyait être entouré d'ennemis dont il voyait partout les traces. Aussi était-il constamment armé, et à plusieurs reprises sa famille put craindre qu'il ne se livrât à des agressions dangereuses. Nous constatâmes du reste, nous-mêmes, que malgré les progrès de la démence M. X... continuait d'avoir des idées de persécution avec hallucinations. Il croyait, nous dit-il, qu'on le volait ; il entendait qu'on se moquait de lui ; il avait des ennemis cachés dans son appartement ; il voyait leurs mains passer à travers la muraille ; il faisait de vains efforts pour les chasser ou leur échapper. En dernier lieu il était encore sujet à des accès d'agitation, pendant lesquels il recouvrait momentanément quelque vigueur et pouvait ainsi parcourir son appartement.

Alors il fouillait partout, détruisant les objets qui lui tombaient sous la main, qu'ils eussent ou non de la valeur. L'agitation passée, il retombait dans son inertie habituelle. Lorsque nous l'avons visité, M. X... avait la parole embarrassée ; néanmoins on pouvait encore bien saisir ce qu'il disait, et l'on constatait que ses idées étaient peu précises, qu'elles étaient incohérentes, que la mémoire faisait défaut sur beaucoup de choses, anciennes ou récentes ; en un mot que les facultés intellectuelles étaient fort affaiblies. En réalité, cet affaiblissement remontait déjà à plusieurs années.

Pour mieux préciser la situation, la famille nous fournit encore les renseignements suivants :

M. X... a toujours été fort rangé, travaillant beaucoup chez lui, et ne faisant aucune sorte d'excès.

Il n'y a pas eu d'aliénés ou de névropathes dans sa famille.

C'est en 1869 que, sans cause appréciable, on le vit devenir malade. Il ressentit alors les premières atteintes du tremblement qui était imperceptible, et ne pouvait être constaté que dans l'altération de l'écriture.

Vers 1874, la situation s'aggrava ; le malade ne pouvait plus du tout écrire ; il ne pouvait rien tenir à la main ; ou d'autres fois, il retenait si solidement ce dont il s'emparait qu'on ne pouvait lui faire lâcher prise. Il devint incapable de se coucher, de se lever, de manger et de boire. Sa parole s'embarrassa ; elle ne redevenait très distincte que lorsqu'il était surexcité.

Depuis la même époque il a eu de singulières erreurs de la sensibilité, croyant souvent être en possession de plus de deux jambes ; il en sentait une autre par devant et une quatrième par derrière. Ou bien il lui semblait que ses jambes s'allongeaient démesurément, jusqu'à atteindre un mur à quelques pas de lui.

Vers 1877, commencèrent les idées délirantes. Lorsque

M. X... était seul avec sa femme, il disait qu'une troisième personne, son ennemi, venait se mettre entre eux. Il ne tarda pas à préciser le nom de cet ennemi par lequel il s'entendait menacer de mort. Puis ce furent plusieurs individus qui vinrent le persécuter, le voler. Il croyait souvent voir sa femme entourée d'intrigants, de filous, de gens de mauvaise mine, qui venaient la harceler, et lui commandaient de jouer à la Bourse.

Enfin, il en est venu à être continuellement obsédé de visions, de fantômes. Depuis que l'affaiblissement intellectuel s'est produit, les idées délirantes et les hallucinations ont perdu de leur précision. Elles ont pris, au contraire, un caractère diffus, et souvent même elles sont remplacées par de simples illusions. C'est ainsi que M. X... croit que le plafond à rosace placé au-dessus de sa tête est un plafond mouvant, qui s'entr'ouvre pour laisser passer une troupe de polichinelles, parlant entre eux sans que le malade puisse les entendre parler. Il s'irrite et veut aller les frapper. Mais son impuissance physique le retient cloué sur son fauteuil; et cela est fort heureux, car, à voir l'animation qu'il manifeste, on comprend qu'il se laisserait aisément aller à des actes de violence.

Tel est l'ensemble des faits, et dans ce cas il s'agit bien évidemment d'une paralysie agitante, au cours de laquelle sont survenus d'abord une maladie mentale simple, délire des persécutions avec hallucinations, puis de l'affaiblissement intellectuel; et le tout a abouti à une démence bien caractérisée.

Avant toute autre considération, nous relèverons dans ce que nous avons exposé, une particularité vraiment intéressante. Elle concerne les erreurs de la sensibilité, d'après lesquelles le malade croyait être en possession de plus de deux jambes, en sentant une troisième par devant, et une quatrième par derrière; d'après lesquelles encore il lui semblait que ses jambes véritables s'allongeaient déme-

surément devant lui. Nous n'avons pu savoir exactement à quels endroits le malade plaçait l'insertion de ses jambes imaginaires. Son affaiblissement intellectuel, quand nous l'avons vu, ne lui permettait pas de nous répondre à ce sujet, et dans son entourage on n'avait jamais songé à lui demander des indications précises.

Ce qu'il y a d'intéressant dans cette aberration mentale, c'est que d'habitude les personnes malades d'esprit sont portées à croire que telle ou telle partie du corps leur manque ; qu'elles n'ont plus de tête, plus d'estomac, plus de bras, plus de jambes. Il est au contraire, bien rare que les aliénés se croient augmentés de parties anormales ; le seul accroissement que d'ordinaire ils accusent, c'est celui de la taille, en se donnant pour bien plus grands qu'ils ne sont en réalité.

Sans attacher au phénomène que nous avons noté une mportance plus grande que celle qu'il a réellement, peut-être pouvons-nous le regarder comme une manifestation hyperesthésique d'un genre particulier. M. Jaccoud indique en effet l'hyperesthésie cutanée, comme un des éléments morbides que l'on peut rencontrer au cours de la paralysie agitante (1).

L'intérêt principal de notre observation consiste en ce que, comme nous l'avons déjà dit, elle vient fournir un appoint aux données mises en avant par M. Ball sur la coexistence de la paralysie agitante et de l'aliénation mentale.

M. Ball a résumé son étude par les conclusions suivantes:

1° La paralysie agitante s'accompagne, plus souvent qu'on ne le pense, de troubles intellectuels.

2° La forme de ces manifestations psychiques est toujours dépressive. Le plus souvent il s'agit d'une lypémanie ac-

(1) Jaccoud, *Pathologie interne*, loco citato.

compagnée d'impulsions au suicide et d'hallucinations multiples. Mais dans quelques cas c'est un état de démence et de demi-stupeur qui prédomine.

3° Les troubles psychiques sont presque toujours intermittents. Ils paraissent s'aggraver parallèlement aux troubles de la motilité, et se calmer lorsqu'il survient, au point de vue du tremblement, une période de rémission.

Ce qui ressort en premier lieu de ces conclusions, et qui est réellement hors de doute, c'est qu'il y a des malades, atteints de paralysie agitante, lesquels peuvent, sous l'influence de leur maladie nerveuse, verser dans l'insanité, dans la folie. A défaut d'autres preuves, nous invoquerions celle qui nous est fournie par le malade dont nous avons rapporté l'histoire. La folie s'est déclarée chez lui postérieurement à la paralysie agitante; elle n'est le fait ni de l'hérédité, ni des excès, ni d'aucune cause appréciable, autre que celle dont il vient d'être question.

Sur ce point, les données fournies par M. Ball sont donc positives, et les conclusions fondées. Mais sur d'autres points, il y a peut-être des réserves à faire, ou au moins des explications à demander, des distinctions à établir.

Et d'abord, s'il fallait entendre, par troubles intellectuels, même les phénomènes qui tiennent de près ou de loin à la démence et à ses diverses manifestations, la première conclusion devrait être acceptée sans réserves. Nous avons vu, au commencement de ce travail, que presque tous les auteurs ont signalé l'affaiblissement intellectuel comme un terme plus ou moins vite atteint au cours de la paralysie agitante. Il est du reste bien établi aujourd'hui que les divers degrés de démence sont en corrélation avec les différents degrés de dégénérescence des centres nerveux. Si donc M. Ball s'en était tenu à cette donnée générale, il n'aurait apporté presque aucun élément nouveau à l'étude de la paralysie agitante comme cause de folie. Mais assurément il a voulu dire autre chose, et son idée princi-

pale se dégage d'une part de l'ensemble de ses travaux, d'autre part de sa troisième conclusion, dans laquelle il dit que les troubles psychiques sont presque toujours intermittents. La démence n'est point intermittente. Ce n'est donc pas d'elle qu'il s'agit.

Il ne peut davantage être question des modifications d'humeur et de caractère que présentent les malades dont nous nous occupons. Il y a peu de maladies, surtout de celles qui atteignent les centres nerveux, dans lesquelles il n'y ait à noter des troubles de la sensibilité morale, de l'irritabilité. Mais ces modifications sont loin de constituer par elles-mêmes la folie proprement dite. Ce ne sont donc pas davantage les changements d'humeur, les bizarreries de caractère, les dispositions irritables et difficiles que M. Ball a voulu mettre en compte, lorsqu'il a dit que la paralysie agitante s'accompagne plus souvent qu'on ne le pense de troubles intellectuels. Il a eu en vue surtout la production d'un délire véritable, consistant soit en phénomènes d'excitation ou de dépression, soit en idées déraisonnables déterminées, précises, telles qu'on les observe dans les diverses formes de la folie autres que la démence et accompagnées ou non d'hallucinations.

Or, les choses étant ainsi entendues, les faits sont-ils jusqu'ici assez nombreux pour établir que les troubles intellectuels de ce genre sont réellement très fréquents, presque habituels dans la paralysie agitante? Nous ne le croyons pas. Parmi les auteurs que nous avons consultés, un seul signale l'hypocondrie, la mélancolie, qui encore ne sont que le prélude de l'aberration mentale. M. Luys parle simplement d'agitation délirante nocturne. Les autres n'ont parlé que de la démence, et cela sans doute parce qu'ils n'avaient pas observé autre chose. Il faut d'autant plus tenir compte du silence général sur ce sujet que la paralysie agitante a d'habitude une évolution très lente; que bon nombre de ceux qui en sont atteints sont admis

dans les asiles d'incurables où il est facile de les observer. Si la folie proprement dite avait été commune parmi eux, nous croyons qu'elle ne serait pas restée inaperçue, qu'elle aurait été signalée.

En second lieu, nous appuyant encore sur le cas de notre malade, nous pouvons admettre avec M. Ball que la forme des manifestations psychiques, au cours de la paralysie agitante, est habituellement dépressive. Ce malade présentait en effet surtout du délire des persécutions, qui est classé dans les formes dépressives de la folie. Mais c'est peut-être trop que de dire qu'il en est toujours ainsi. Ne voyons-nous pas, dans les observations mêmes contenues au mémoire de M. Ball, que l'un des malades dont il s'agit « présentait les divers phénomènes de la folie circulaire »? Il avait donc des périodes d'excitation, d'agitation, de suractivité. Un autre malade « avait de temps en temps des accès d'agitation venant trancher sur le fonds monotone du délire. » D'un autre côté, les deux malades de M. Luys étaient surtout agités. S'il en est ainsi dans ces cas relativement nombreux par rapport au nombre des observations rapportées, c'est que la dépression n'existe pas toujours, mais qu'elle est seulement prédominante.

La troisième conclusion porte sur une coïncidence qui est d'un très grand intérêt clinique. D'après M. Ball, les troubles psychiques dans la paralysie agitante seraient intermittents; ils auraient tendance à s'exagérer quand les accidents du côté de la motilité s'aggravent, et à se calmer, au contraire, quand le tremblement diminue ou cesse absolument. Nous regrettons que, dans les renseignements qui nous ont été donnés sur notre malade, il n'y ait rien qui nous permette d'apporter sur ce point une appréciation motivée. D'après ce qui nous a été dit, on pourrait croire plutôt que les aberrations mentales ont eu chez lui une persistance uniforme. En outre, nous pouvons noter une particularité qui diffère

dans une certaine mesure de ce qui a été observé par M. Ball, à savoir que les troubles intellectuels seraient peu fréquents à cette période où la rigidité tend à remplacer la trépidation. M. X.., quand nous l'avons vu, était à une période intermédiaire; il avait encore un tremblement très marqué, et cependant il avait dans les membres un commencement de contracture. Or, dans cet état, il était resté sous l'influence du délire aussi complètement que le permettait la démence dans laquelle il était déjà tombé. D'autre part il n'y a, dans les faits cités par M. Ball, rien qui justifie ou infirme sa troisième conclusion. On serait donc en droit de se contenter de la recommander à l'attention des observateurs, et d'attendre que de nouveaux faits permissent de se prononcer à son égard.

Toutefois, comme une coïncidence du même genre a déjà été notée d'une manière précise et positive dans d'autres maladies des centres nerveux, il est tout à fait plausible d'admettre qu'elle existe dans la paralysie agitante. Nous parlerons plus loin d'une thèse fort intéressante, dont nous aurons à tirer parti, et qui la signale au cours de l'ataxie locomotrice.

Il reste à se demander comment la folie peut survenir au cours de la paralysie agitante.

M. Ball met en avant l'explication suivante : « Nous serions, dit-il, extrêmement disposé à croire que dans la paralysie agitante le véritable siège de la lésion, soit organique, soit fonctionnelle, se trouve, non pas dans les organes qui ont été le plus souvent incriminés, la moelle épinière, le bulbe, la protubérance annulaire; non pas même dans les parties inférieures de l'encéphale, mais dans les couches corticales des hémisphères. Dans cette hypothèse on comprendrait facilement l'enchaînement des symptômes. En effet, presque tous les malades atteints de paralysie agitante présentent, soit un dérangement intellectuel plus ou moins évident, soit une émotivité morbide. De plus

les troubles intellectuels sont manifestement en rapport avec le tremblement. Les émotions augmentent l'intensité de ce dernier phénomène, et, dans les périodes de rémission, les troubles de la motilité et ceux de l'intelligence semblent se calmer simultanément. »

En d'autres termes, le siège des lésions organiques de la paralysie agitante étant dans les couches corticales du cerveau, les désordres de l'esprit, qui surviennent au cours de cette maladie, devraient être regardés comme la conséquence de perturbations générales des fonctions de ces parties. Il en serait ainsi un peu comme dans la paralysie générale progressive, sauf les différences qui tiennent au mode de développement de la maladie et à la nature des lésions.

Ce qui justifie l'opinion de M. Ball, c'est que la lésion essentielle de la paralysie agitante n'est pas encore connue d'une manière absolument certaine; que par suite on en est réduit à maintenir cette maladie dans le cadre des névroses ; qu'enfin quelques auteurs sont d'avis que les lésions anatomiques déjà constatées sont, non pas la cause, mais le résultat des troubles fonctionnels qui ont constitué la maladie.

Mais malgré ces arguments, nous ne croyons pas devoir nous ranger à l'avis de M. Ball, et nous sommes disposé à attribuer la folie dans la paralysie agitante, plutôt à l'existence de lésions anatomiques inconstantes, ou qui se seraient étendues de la moelle vers le cerveau.

Déjà, en effet, nous avons vu avec quelles réserves il fallait admettre la corrélation des troubles intellectuels et du tremblement, et qu'il fallait n'accepter qu'en partie les prémisses mêmes données par M. Ball à son hypothèse. En outre, des auteurs autorisés (Axenfeld et Huchard, Grasset, Charcot) tendent à placer surtout dans la moelle le siège de la paralysie agitante ; et d'après des recherches récentes, les lésions que l'on aurait le plus fréquemment

rencontrées seraient la lésion des cordons de Goll, l'oblitération du canal central, la myélite péri-épendymaire. Notre opinion se fonde sur l'existence même de ces lésions médullaires.

Nous trouvons encore une justification dans des analogies vraiment dignes d'attention. Nous mettons en regard de la paralysie agitante deux maladies qui affectent surtout la moelle épinière, et qui s'accompagnent quelquefois de folie ; c'est d'une part la sclérose en plaques disséminées ; d'autre part, l'ataxie locomotrice.

La sclérose en plaques présente un symptôme commun avec la paralysie agitante, le tremblement. Mais alors que le tremblement est permanent dans celle-ci, il ne se rencontre dans celle-là qu'à l'occasion des mouvements volontaires, intentionnels. Les lésions de la sclérose en plaques disséminées, prédominantes dans la moelle, s'étendent quelquefois aussi vers le cerveau. Or, si l'on s'en rapporte à la description magistrale que M. Charcot a faite de cette maladie, on voit que dans la plupart des cas les malades arrivent à l'affaiblissement des facultés, à la démence ; mais que dans quelques cas, au contraire, dans les formes cérébro-spinales, ils sont atteints de l'une des formes classiques de l'aliénation mentale. Ils présentent tantôt un délire des grandeurs, tantôt de la lypémanie avec hallucinations (1).

Pour l'ataxie locomotrice, la concordance des lésions anatomiques avec certaines formes de délire a été mise récemment en évidence d'une manière encore plus complète et plus décisive. Plusieurs auteurs avaient déjà signalé l'aliénation mentale au cours de cette maladie. Dans une excellente thèse publiée sous l'inspiration de M. le professeur Pierret, de Lyon, M. le Dr Rougier, après avoir

(1) Charcot, *Maladies du système nerveux*, tome 1er, page 237.

établi que le délire caractéristique du tabes dorsalis est un délire de persécution lié à un état lypémaniaque, montre que ce délire, dans sa marche, suit pas à pas l'évolution anatomique du tabes auquel il est intimement uni. Il s'organise peu à peu; il est caractérisé par des aberrations sensitives de la vue, qui apparaissent avec les troubles de la vision; de l'ouïe, dépendant des lésions auditives; du goût, liées aux lésions sensorielles du palais et de la langue; de l'odorat, sous l'influence de l'évolution du tabes dans les fierfs olfactifs, et aussi de la sensibilité générale dans tous ses modes. Des observations typiques, avec autopsies complètement démonstratives, justifient les données que M. le Dr Rougier a mises en lumière (1).

Partant de ces données précises pour les deux maladies dont nous venons de parler, si l'on considère que la paralysie agitante est, comme la sclérose en plaques et surtout comme l'ataxie locomotrice, une maladie presque fatalement progressive; que comme l'une et l'autre elle est caractérisée par des troubles de la motilité et de la sensibilité, et que dans quelques cas seulement elle présente des perturbations mentales, du délire, de la folie; partant de là, dis-je, on est en droit d'admettre qu'elle leur ressemble en ce qui concerne le mode de production de cette folie. Dans la sclérose en plaques, dans l'ataxie locomotrice, ce sont les lésions anatomiques qui en s'étendant à telle ou telle partie du cerveau provoquent des manifestations délirantes. De même, dans la paralysie agitante, s'il y a quelquefois des troubles intellectuels, c'est parce qu'il est survenu dans le cerveau une de ces lésions qui ont été parfois observées, et qui n'existent pas toujours.

Enfin, il faut tenir compte d'une dernière éventualité; c'est que l'existence d'une lésion cérébrale déterminée

(1) A. Rougier, *Essai sur la lypémanie et le délire de persécution chez les tabétiques*. Paris, 1881. J.-B. Baillière.

n'implique pas nécessairement l'existence d'un délire ou de l'une des formes de folie proprement dites, et que, dans bon nombre de cas, elle cause simplement de l'affaiblissement intellectuel plus ou moins prononcé.

Si nous n'acceptons pas pleinement les conclusions de M. Ball, si nous émettons une opinion différente de la sienne, nous devons toutefois lui rendre cette justice que son mémoire a, d'une manière fort intéressante, ouvert l'attention sur une cause de folie dont on ne s'était pas occupé jusqu'à ce moment. Ce mémoire a été notre principal objectif au cours de ce travail, et nous espérons avoir contribué à en confirmer la donnée première.

Et si nous avions nous-même à formuler ici des conclusions, nous dirions seulement :

1° Que la folie proprement dite se rencontre quelquefois au cours de la paralysie agitante; qu'elle peut présenter des formes variables, mais que la dépression prédomine habituellement;

2° Que cette folie est due probablement à l'extension vers le cerveau des lésions de la moelle, ou à la formation de lésions isolées émanant des mêmes causes que la maladie principale.

Archives cliniques

84

ASILE DE VAUCLUSE. — M. LE Dr BIGOT,

MÉDECIN EN CHEF-DIRECTEUR

Folie paralytique à forme alternante

(Observation recueillie par M. Camuses, médecin-adjoint.)

Résumé — Homme de quarante-cinq ans, entré à l'asile atteint de folie paralytique à forme expansive. — Rémission. — Rechute avec forme hypochondriaque. — Seconde rémission. — Six mois après rechute, mais le malade ne présente que de la démence paralytique simple sans délire.

Louis H..., né à Paris, en 1838, garçon marchand de vin, entre à l'asile le 10 janvier 1881, atteint de paralysie générale à forme expansive. Le certificat de la préfecture de police porte : « Démence paralytique, excitation maniaque, » idées de grandeur, rêves de fortune, projets absurdes, » loquacité, divagation, excès et habitudes contre nature. — *Signé* : Dr Legrand du Saulle. »

Voici les renseignements que nous avons pu obtenir sur ce malade : Mère morte d'une maladie des poumons ; père vivant, âgé de quatre-vingt-sept ans, hémiplégique depuis quelques années ; six frères ou sœurs, tous bien portants, et n'ayant jamais eu d'affection nerveuse. Aucun membre de la famille n'aurait été aliéné ou épileptique. Malgré ces affirmations, la maîtresse de Louis H..., qui était en même temps sa cousine à un degré assez éloigné, est venue mourir à Vaucluse d'une paralysie générale à forme hypochondriaque alors que lui-même y était traité pour la même

affection. En résumé, L. H... n'est pas indemne de toute tare héréditaire.

Quant aux antécédents personnels, Louis H... n'a jamais fait d'excès alcooliques, malgré sa profession de marchand de vin, de restaurateur. Il a toujours été normal, d'une intelligence ordinaire. Un an avant son admission à l'asile, il est devenu triste sans cause. Il a même fait une tentative de suicide. Puis il s'est remis et a repris sa vie ordinaire. Quelque temps après, il a changé de caractère, il est devenu ambitieux, son activité était énorme, enfin le délire a éclaté. Il pouvait ressusciter les morts, il voulait créer un opéra monstre dans lequel les spectateurs arriveraient en locomotive, etc... Il finit par se faire arrêter, un jour qu'il était allé proposer à M^lle^ Dosne de ressusciter M. Thiers. C'est en cet état de folie paralytique expansive qu'il est arrivé à l'asile et cet état ne peut être mieux rendu que par la description concise qu'en donne M. Legrand du Saulle dans le certificat que nous avons reproduit plus haut.

D'après ces renseignements pris avec soin auprès des frères du malade qui l'ont toujours suivi et observé, nous nous croyons autorisé à établir un diagnostic rétrospectif. Louis H... a d'abord eu un accès de folie mélancolique, puis il a eu une rémission et enfin un accès de folie expansive.

Voici maintenant l'histoire du malade à l'asile, alors que nous l'observions journellement :

Janvier 1881 *à mai* 1881. — Signes somatiques bien marqués de la démence paralytique et folie expansive, propos incohérents, projets insensés, délire orgueilleux, etc.

Mai 1881 *à juin* 1881. — Les symptômes somatiques et psychiques diminuent progressivement et simultanément, et vers la fin de juin la rémission est complète, le malade raisonne bien, il se rend compte de l'absurdité de son délire ancien dont il a souvenir, la rémission est complète, pas de démence appréciable.

Juillet, août, septembre 1881. — La rémission persiste jusqu'à la fin de septembre. A cette époque, le malade devient triste, la parole est moins nette, mouvements fibrillaires de l'orbiculaire des lèvres.

Octobre, novembre, décembre 1881. — Louis H... offre le tableau parfait de la paralysie générale à forme hypochondriaque. Il en a tous les signes physiques très prononcés, il en a le délire caractéristique : il n'a plus de bouche, plus d'anus. On est obligé de le nourrir à la sonde. Il est mort, il faut le conduire à l'amphithéâtre, etc.

Janvier à mai 1882. — Tous les symptômes disparaissent encore une fois, les symptômes physiques comme les autres. L'intelligence manifestement affaiblie semble se raffermir petit à petit.

Juillet 1882. — Louis H... sort de l'asile. Il ne présente plus ni délire ni ataxie des mouvements. Son intelligence est peut-être un peu affaiblie, mais la mémoire est bonne et il n'est pas en démence.

Nous avons suivi ce malade au dehors. Il est retourné à Paris. Ses frères l'ont placé comme gérant d'un restaurant. Il s'acquitta d'abord bien de ses fonctions. Les nouvelles que nous recevions de lui, nous faisaient espérer que la guérison serait définitive. Dernièrement, nous sommes allés juger par nous-même de son état que nous supposions toujours bon. Il n'en était rien : H... avait dû quitter sa position, il ne travaillait plus. La démence était manifeste, il ne se rappelait rien, il sortait sans but, rentrait à des heures indéterminées, était d'une insouciance absolue, mais ne présentait pas la moindre idée délirante. Enfin, la parole était caractéristique, les pupilles inégales, les lèvres animées de tremblements fibrillaires. La démence paralytique était déjà avancée et bien probablement la famille provoquera d'ici peu un nouvel internement, car elle comprend le danger auquel est exposé le malade quand il erre au hasard dans les rues.

Il ne reste donc plus qu'un exemple de folie paralytique a forme alternante terminée par la démence paralytique :

1er accès (au dehors) : mélancolie et tendance au suicide.

1re rémission (au dehors).

2e accès (à l'asile) : surexcitation intellectuelle, délire orgueilleux, projets insensés, etc..., avec les signes somatiques.

2e rémission (à l'asile) : ni délire, ni signe somatique.

3e accès(à l'asile) : délire hypochondriaque,folie dépressive, etc... et signes somatiques.

3e rémission (à l'asile) : ni délire, ni ataxie du mouvement.

4e accès (au dehors) : démence paralytique sans délire.

Médecine légale

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

Les attentats contre les personnes (suite).—Affaire Lemaître, par M. Legrand du Saulle, responsabilité. — Affaire G..., par MM. Delacroix et Henri Bonnet, responsabilité. — Affaire T..., MM. Lafargue, Demons, A. Giraud, responsabilité. — Affaire D..., par A. Giraud, responsabilité.

Nous avons présenté dans la revue précédente une série de faits où l'auteur de l'attentat, reconnu aliéné, a été déclaré irresponsable ; nous aborderons aujourd'hui une autre série où, malgré des circonstances qui avaient permis d'émettre des doutes sur l'intégrité des facultés intellectuelles de l'accusé, et avaient motivé l'expertise médicale, l'auteur de l'acte incriminé a été déclaré responsable de ses actes. L'expert a parfois dans ce cas un rôle difficile, même en dehors de toute simulation de la part de l'inculpé, et l'on doit apporter la plus grande prudence, lorsque l'on est appelé à soutenir à l'audience les conclusions d'un rapport établissant que l'accusé n'est pas aliéné. Le ministère public s'appuyant sur la déclaration du médecin n'hésite pas à demander une répression énergique du crime ; le défenseur au contraire s'efforce de découvrir une contradiction dans la déposition de l'expert, et s'attache toujours à démontrer que les doutes sur l'état mental de l'accusé étaient fondés, mais que les conclusions du rapport sont entachées d'erreur. Placé ainsi entre l'accusation et la défense, le médecin doit savoir conserver son rôle qui consiste à exposer simplement ce qu'il croit être la vérité, sans chercher à fournir à l'accusation des charges nou-

velles, mais aussi sans apporter à la défense, par des réponses plus ou moins vagues, des arguments contre les conclusions mêmes du rapport.

Les doutes sur l'état mental du prévenu peuvent naître des circonstances mêmes du crime. Nous en avons un exemple dans l'affaire dite « le crime de la Villette » et dans laquelle M. Legrand du Saulle a été désigné comme expert (1). D'après les journaux judiciaires, un jeune garçon du nom de Félix Lemaître, âgé de quinze ans, mais très grand pour son âge, et paraissant âgé au moins de dix-huit ans, s'était présenté au poste central du dixième arrondissement, déclarant qu'il venait de tuer à coups de couteau un petit garçon inconnu. Il avait rencontré cet enfant sur la voie publique, l'avait emmené dans sa chambre, et, sans motif, lui avait porté deux coups de couteau dans le ventre, puis, comme la victime criait, il lui avait coupé la gorge. Interpellé par le chef de la police de sûreté, Lemaître aurait répondu avec le plus grand calme :

« Le 15 février dernier, j'ai volé 300 francs à mon patron » M. P. demeurant rue d'Aboukir, et je les ai dépensés en » spectacles et parties de plaisir. Hier me trouvant à bout » de ressources, j'ai vu tout rouge et subitement m'est » venue l'idée de tuer un enfant. Le hasard m'a mis en » présence du pauvre petit que j'ai assassiné. Pour l'attirer » dans ma chambre je lui ai promis une petite chaîne » d'acier que je lui avais d'abord montrée, et il m'a suivi » avec plaisir. Une fois chez moi, je lui ai attaché les mains » derrière le dos, je lui ai ensuite découvert le devant du » corps pour que mon couteau ne rencontrât aucune résis- » tance dans les effets, et je lui ai plongé à deux reprises » mon couteau dans le ventre. Comme il criait je lui ai » coupé la gorge. J'ai beaucoup lu de romans, et dans l'un

(1) Le rapport médico-légal a été publié dans les *Annales d'hygiène*, décembre 1881.

» d'eux j'ai trouvé la description d'un scène pareille à celle » que j'ai exécutée. »

M. Legrand du Saulle a, dans son rapport, examiné successivement les antécédents de l'inculpé, les actes incriminés et il a tiré ses conclusions motivées de la discussion médico-légale. Félix Lemaître est le fils naturel d'une femme intelligente, mais hystérique, et ayant éprouvé quelques attaques convulsives, de l'insensibilité temporaire de la peau, et même de la paralysie hystérique. Son grand-père est mort aliéné à l'asile de Vaucluse. Malgré ces antécédents héréditaires, il est robuste et bien conformé ; sa tête n'est le siège d'aucune malformation et sa face est symétrique; il déclare qu'il a toujours eu une bonne santé, et M. Legrand du Saulle n'a découvert aucun symptôme d'épilepsie. Ses organes génitaux étaient normaux et rien n'indiquait des habitudes vicieuses. Quoique élève médiocre et d'un caractère difficile, il a obtenu à douze ans un certificat d'études.

Le rapport de M. Legrand du Saulle comprend dans les actes incriminés toute la période de temps comprise entre le 15 février 1881 (date à laquelle Lemaître quitte son patron après l'avoir volé) et le 25 février, date de l'attentat, et nous n'avons pas à insister sur l'importance que présentait l'examen des circonstances ayant précédé l'attentat. Félix Lemaître s'est approprié la somme que son patron l'a envoyé toucher. Il achète des vêtements, loue une chambre et va le soir au théâtre, mais il est, lisons-nous, spectateur distrait, partagé entre le regret d'avoir commis un acte coupable et le désir de se lancer dans l'inconnu. Le lendemain il achète un couteau, mais sans avoir le dessein de s'en servir pour frapper quelqu'un et parce que depuis longtemps il avait le désir d'en posséder un. Le soir il retourne au théâtre ; les jours suivants il est mécontent de lui-même et embarrassé de ses loisirs; il se promène en omnibus, en bateau-mouche et il fait le tour de Paris en

chemin de fer, mangeant bien, sans commettre d'excès alcooliques ni d'excès vénériens, mais fumant beaucoup de cigarettes. Il est toujours ennuyé, et le sommeil lui fait parfois défaut. Le 24, il s'aperçoit qu'il n'a presque plus d'argent et il songe à rentrer chez sa mère. Enfin le 25, il se rend chez un de ses oncles, mais ne le trouve pas et alors dépense pour déjeuner le peu d'argent qui lui reste. Il va se promeuer sur le boulevard, et se trouvant agité, pris de malaise, il se sent poussé à tuer quelqu'un. D'après son propre récit, il est rentré chez lui, il a préparé son couteau, l'a ouvert, l'a mis dans le tiroir de sa commode, et il est redescendu sur la voie publique. Il se serait promené pendant une demi-heure, attendant une victime de son choix. Deux enfants qu'il a abordés n'ont pas voulu le suivre ; un troisième plus crédule a été égorgé dans les circonstances que nous avons relatées. Puis, à la vue du sang, Lemaître, pris de peur, s'est sauvé ; il a été chez son oncle se déclarer un assassin et il a été ensuite se constituer prisonnier.

Dans l'examen auquel M. Legrand du Saulle a procédé, Lemaître a invoqué comme excuse, des phénomènes étranges dont il rendait compte dans ces termes : « J'ai eu » une vision. Je voyais comme tout en rouge : mes paupières » battaient ; cela me bourdonnait dans les oreilles comme » un moucheron. J'étais très solide sur mes jambes, je me » suis pourtant arrêté parce que je ne voyais plus clair. Je » ne pouvais plus marcher ; je voyais les arbres, les mai- » sons, tout le monde rouge. Ma gorge s'était séchée tout » d'un coup. J'ai eu la parole coupée au moins pendant » cinq minutes. Je n'ai pas eu l'idée que j'allais tomber, je » suis resté debout jusqu'à temps que cela passe. Cela » m'avait pris tout d'un coup comme un étourdissement » vous prend. Je me promenais, mais je ne me sentais plus la » même chose que d'habitude. J'avais comme une rage » muette. »

Quelle valeur doit-on attribuer à cette description ?

M. Legrand du Saulle la considère comme un roman destiné à faire songer au vertige épileptique dont il a été question dans l'affaire Menesclou, affaire dont Lemaître a lu les débats. La vision se serait produite au moment où l'accusé n'a plus d'argent et se trouve à bout de ressources, et le caractère impulsif de l'homicide commis par les épileptiques fait défaut. Lorsque l'idée de tuer quelqu'un survient, Lemaître la combat: il se promène ; il est rentré chez lui, a fait des préparatifs, puis il a cherché sa victime et il a procédé méthodiquement au meurtre. Un aliéné ne tue pas de la sorte, dit M. Legrand du Saulle, les signes de la folie héréditaire font défaut chez l'accusé. Du côté de l'ordre intellectuel, comme du côté de l'ordre affectif, on n'a rien constaté d'anormal.

Les considérations qui terminent la discussion des faits résument l'opinion de l'expert:

« En thèse générale, l'aliéné s'ignore lui-même; or Félix » Lemaître se connaît lui-même. Il est très intelligent, il » a conscience de la situation qui lui est faite par les » événements et, pour les besoins de la cause, il a imaginé » un roman morbide. Il joue mal son rôle et ne trompera » personne. C'est un imposteur ; c'est un fanfaron de la » folie. »

Les conclusions sont les suivantes :

« 1° Félix Lemaître jouissait de sa raison le 25 février » 1881 ;

» 2° Il doit pouvoir répondre des faits qui lui sont re- » prochés ;

» 3° Toutefois, en considération de certaines prédispo- » sitions héréditaires, du jeune âge de l'inculpé et des cir- » constances insolites des actes accomplis, j'estime que » dans l'espèce la responsabilité a pu être un peu atté- » nuée. »

La cour d'assises de la Seine a prononcé une condam-

nation à vingt ans de prison et dix ans de surveillance de la haute police.

Lemaître vient donc se placer à côté de Menesclou. Certaines circonstances peuvent le faire classer dans cette zone neutre intermédiaire entre le crime et la folie, mais il est sur le bord le plus voisin du crime et l'atténuation invoquée ne permettait pas de le soustraire à l'application de la loi. Il a été jugé non aliéné et par conséquent responsable de ses actes ; nous ne voyons pas que l'on ait songé à invoquer en sa faveur l'absence de discernement.

M. le Dr Bonnet, directeur-médecin de l'asile de Châlons, a été désigné comme expert avec le Dr Delacroix dans une très grave affaire de parricide et nous a communiqué son rapport. Comme dans l'affaire Lemaître, l'accusé, malgré la tare de l'hérédité, a été déclaré responsable de ses actes et les conclusions sont déduites très logiquement de la discussion des faits. L'intérêt que présente le cas soumis aux experts, nous conduira à analyser le rapport aussi longuement que le comporte le cadre de notre revue.

Le fait est exposé dans les termes suivants :

« Le 4 avril 1882 l'autorité fut avertie que la nommée » L... (Joséphine), veuve G..., demeurant dans la commune » de C..., avait été trouvée pendue dans son logement. Un » instant on crut à un suicide. Mais, de l'enquête de la gendarmerie, du rapport médico-légal de M. le Dr B... de V... » de l'information de M. le juge de paix de V..., il résulta » qu'il y avait eu un crime de commis. La rumeur publique » accusait le fils de la victime, Auguste-Anthime G... Celui-» ci finit par avouer être le meurtrier.

» La femme de l'inculpé ayant dit à M. le juge d'ins-» truction près le tribunal de Châlons-sur-Marne que son » mari ne jouissait pas toujours de toutes ses facultés, cet » honorable magistrat nous a commis pour examiner l'état

» mental de l'inculpé G..., en même temps que, sur notre » demande, il faisait prendre des renseignements sur les » antécédents héréditaires. »

Nous pouvons signaler ici, en passant, la prudence des experts qui, ne trouvant pas dans le dossier tous les documents de nature à leur permettre de motiver une appréciation, ont demandé à la justice de compléter l'instruction, au lieu de recueillir eux-mêmes, sous leur propre responsabilité, ces documents.

Il est certain que l'information acquiert, lorsqu'elle est faite par les soins de la justice, un caractère d'authenticité que l'on peut difficilement contester.

Voici quelles étaient les circonstances de l'attentat :

La victime avait l'usufruit de la maison qu'elle habitait, et ses enfants lui faisaient une petite rente. Elle était valide quoique âgée de soixante-neuf ans, travaillait dans la commune et vivait à l'abri du besoin. Dans la journée qui précéda sa mort, elle avait travaillé chez son gendre, avait soupé en famille, et rien ne semblait la contrarier. Sa santé physique était bonne et elle faisait des projets pour les jours suivants. Le lendemain on ne la vit point sortir. D'abord on n'y prêta point attention, mais dans la soirée quelqu'un ayant voulu lui parler l'aperçut par une fenêtre pendue à sa cheminée et donna l'éveil. Le maire fit ouvrir la porte et pénétra, accompagné de Auguste-Anthime G..., un des fils de la morte, et un autre témoin. G... coupa la corde et aida à placer le cadavre sur le lit qui était défait. On constata lors de la visite du logement que toutes les issues avaient été fermées, à l'exception d'une fenêtre de sellier qui avait été simplement poussée et retenue par un petit loquet, et d'une porte donnant sur la rue. C'est le sieur Auguste G... qui avait été prévenir le maire, et l'avait informé que la porte de la maison était fermée. Ses propos furent de nature à éveiller les soupçons, on reconnut comme lui appartenant la longe entourant le cou de la morte ; on sut qu'il

avait des discussions pour des questions d'intérêt avec sa mère, qu'il lui devait de l'argent et qu'il avait menacé de la tuer. On put établir qu'il avait quitté son domicile à quatre heures du matin. Il finit d'ailleurs, après avoir tenté de s'enfuir, par avouer le meurtre et fut maintenu en arrestation.

L'accusé comptait plusieurs aliénés dans sa famille. Une tante s'est jetée plusieurs fois dans un puits. Elle a été retirée à temps par sa famille, les premières fois, mais a fini par atteindre son but qui était le suicide. Un oncle a été interdit, parce qu'il avait la tête dérangée et ne pouvait plus gérer ses biens. Une autre tante s'enferme toute la journée dans sa maison et ne veut voir personne.

Mais, d'autre part, certaines dépositions étaient de nature à écarter l'idée que l'accusé eût agi sous l'influence de l'aliénation mentale. Tout d'abord G...s'est mis très correctement à la disposition du maire pour la dépendaison, puis le lendemain, de lui-même et d'une façon réfléchie, à la disposition du juge de paix. Le soin avec lequel les issues de la maison étaient fermées, témoignait d'un acte commis par une personne en possession de toutes ses facultés. Lorsqu'il s'est vu soupçonné, il a prétendu que ses parents lui en voulaient, puis, lorsqu'il a tenté de s'enfuir, il a allégué qu'il voulait se tuer. Lorsqu'il était sorti de chez lui à quatre heures du matin, il avait répondu à une demande de sa femme qu'il avait mal au ventre. Un de ses enfants reconnaissant la corde, G... l'avait traité de bête, et il avait cherché à écarter les soupçons en demandant à sa femme de dire qu'il n'était pas sorti la nuit. Les experts ne peuvent s'empêcher de faire remarquer que jamais un aliéné, à quelque catégorie qu'il appartienne, n'agit de la sorte.

L'observation directe eut lieu à la prison de Châlons-sur-Marne, et G... fut interrogé longuement par les experts. « Son attitude, dit le rapport, est correcte, humble, sans

» rien de forcé. On l'invite à s'asseoir et il attend un mo-
» ment relativement long pour répondre à ce qu'on lui de-
» mande; il étudie bien ce qu'il veut dire, est très sobre
» de paroles, ne répond absolument que lorsqu'on lui
» parle et se défend comme il peut. Nous ne surprenons
» chez lui aucune trace d'arriération de facultés ou de
» délire quelconque, soit dans le langage, soit dans les
» actes. D'après les renseignements qui nous sont donnés
» par le gardien chef de la prison, l'inculpé est tranquille,
» et rien dans sa manière d'être ne dévoile un écart mental,
» il mange et dort bien; ses fonctions physiques sont satis-
» faisantes. »

L'interrogatoire, reproduit dans le rapport, fait voir que l'accusé s'efforçait lui-même d'invoquer des troubles physiques et intellectuels pour excuser l'acte commis. Il se plaint de ne pas dormir depuis l'âge de trente ans, et d'avoir mal à l'estomac. Il rappelle qu'une de ses tantes s'est pendue et qu'un oncle a la tête perdue. Il attribue les dépositions qui lui sont défavorables aux mauvaises intentions des personnes à son égard. Sa mère ne l'aimait pas, lui faisait des misères et avait de mauvaises idées contre lui. Si sa femme le charge, c'est qu'elle veut se débarrasser de lui, et elle a stylé ses enfants à faire des déclarations dans un sens défavorable. Il en rappelle au jugement de Dieu, parce qu'on le juge mal et prétend qu'il avait la tête perdue. Dans les derniers temps de son séjour à la prison, on remarqua qu'il faisait la bête, cherchait à se rendre bizarre, et se plaignait de chaleurs fréquentes d'estomac. Il se faisait inscrire pour la visite du médecin de la prison, sans que ce dernier pût constater aucun symptôme réel.

La discussion des faits constitue la partie la plus développée du rapport:

« M. le juge d'instruction, disent les experts, nous
» confiant cette expertise grave et délicate, nous a laissés

» libres, pourvu que nous déterminions l'état mental » de l'inculpé dans les circonstances reprochées, de nous » poser à nous-mêmes les questions. Nous avons cru devoir » les discuter de la manière suivante :

» 1° Les actes, l'attitude, le langage pendant et après le » crime sont-ils conformes à ce qui se passe chez les aliénés » et plus particulièrement les aliénés homicides ? »

» 2° L'inculpé peut-il rentrer dans une catégorie des maladies mentales ?

» 3° Une maladie quelconque peut-elle avoir influé sur » ses déterminations ?

» 4° Etait-il fou avant, pendant et après le crime ?

» 5° Y a-t-il dans les antécédents héréditaires des motifs » d'indulgence psychologique ? »

Pour répondre à la première question, les actes de l'accusé ont dû être minutieusement examinés. Tout d'abord on constate que G... était mécontent des charges de famille qu'il avait et des obligations pécuniaires qu'il avait contractées envers sa mère. Ces obligations, il ne les remplissait pas, et lorsqu'il reçut une injonction, il s'irrita. G... était toujours violent, mais sa colère devint sourde et réfléchie, et le soir même qui précéda le meurtre, son langage et ses actes furent d'un calme parfait. Il s'est levé à trois heures et demie du matin et alla prendre dans son atelier de charron une longe qui lui servait pour son travail. On déduit de cette circonstance que l'étranglement de sa mère était décidé. En outre, il avait eu soin de mettre des brodequins, lui qui ne porte d'habitude que des sabots. A quatre heures du matin il dut trouver sa mère levée. L'étranglement fut-il précédé d'une querelle, c'est ce qu'on ne peut savoir, mais ce qui est certain, c'est qu'après avoir frappé, il pendit la victime à un clou de la cheminée pour faire croire à un suicide. Il a avoué qu'il avait d'abord eu l'idée de surprendre sa mère dans l'écurie, et l'on déduit de ce changement d'avis qu'il a voulu se hâter afin de s'en aller

au plus vite de crainte de se compromettre. Cette manière d'agir est-elle celle d'un aliéné ? les experts ne peuvent l'admettre. « L'inculpé, disent-ils, s'il était aliéné, devait » étrangler sa victime et ne pas la pendre après. Un aliéné » ne commet pas un meurtre en plusieurs opérations. Il » est unique et logique avec lui-même.» En outre, l'examen du cadavre a révélé un écoulement de sang par l'oreille d'où fracture probable du rocher, consécutive à un coup porté sur la tête. Le fait vient confirmer l'opinion que G..., en frappant sa mère, n'agissait pas sous l'influence de la folie; car un aliéné n'emploie pas en même temps plusieurs manières de tuer.

Après l'attentat, l'accusé a pris la précaution de fermer les issues. Rentré chez lui, il s'est couché; mais sa femme a remarqué qu'il avait le visage décomposé, puis il s'est levé et il s'est livré à ses occupations habituelles. Le soir, lorsque l'éveil a été donné, il a été prévenir le Maire et a fait ouvrir la porte par un serrurier, quoi qu'il sût comment elle était fermée. Il cherchait ainsi évidemment à dérouter et à faire croire que la porte avait été fermée en dedans par sa mère. Il a participé à la dépendaison et a aidé à replacer la victime sur son lit,sans oublier de ramasser la corde qui avait servi à l'étranglement, mais on le rappela et on lui fit rendre la corde. Puis il tint à aller prévenir lui-même son frère, qui demeurait à une assez grande distance du village, et il revint veiller le cadavre. Dans l'enquête il chercha encore à détourner les soupçons en ajoutant à la fin d'un récit très correct de la dépendaison : « La mort de ma mère ne peut être que le résultat d'un suicide. » Il a encore cherché un alibi en disant qu'il n'était pas sorti de chez lui le lundi dans la soirée et qu'il s'était couché entre sept et huit heures du soir, et lorsque sa femme lui fit remarquer qu'il était sorti le mardi matin : « Malheureuse,ajouta-t-il, tu veux donc me faire pendre ! » Avant son arrestation, mais alors que les preuves s'accu-

mulaient contre lui, sa femme et ses enfants l'accusèrent d'être un assassin, et lui qui est d'habitude violent reste calme ; il comprend la difficulté de sa situation, prend de l'argent et se sauve à travers les champs, mais après avoir pris le temps de lacer ses souliers, et lorsqu'atteint par les gendarmes, il est interrogé sur le motif de sa fuite, il répond qu'il voulait se tuer en buvant de l'alcool dans une auberge. Jusqu'alors les experts n'ont pu rien voir qui ressemblât à la manière d'agir d'un fou et ce qui devait les frapper, était la préoccupation de l'inculpé de se faire considérer comme aliéné; or, jamais un aliéné véritable ne consent à passer pour tel, sous quelque prétexte que ce soit. Rien dans les actes, l'attitude et le langage de l'accusé pendant et après le crime, n'était donc conforme à ce qui se passe chez les aliénés.

En second lieu, peut-on faire rentrer l'inculpé dans un des cadres de la classification des maladies mentales ? G... n'est, répondent les experts, ni un idiot, ni un imbécile, ni un demi-imbécile à instincts pervers commettant grossièrement un crime. On ne rencontre pas chez lui de convictions délirantes, ni illusions, ni hallucinations des sens. Il n'a pas subi l'entraînement d'une impulsion aveugle irrésistible et d'ailleurs, dans ces cas, l'aliéné ne nie pas et ne cherche pas à se défendre. Enfin, on ne rencontre même pas chez l'accusé d'état névropathique à conditions indéterminées, pouvant à un moment donné amener une détermination délirante. L'inculpé ne rentre donc point dans le cadre des maladies mentales, et ses mœurs sont contraires à celles de l'aliéné.

En troisième lieu, des maladies incidentes ont-elles pu agir sur l'organisme de l'accusé ? Sur ce point la réponse est encore négative. Sa femme, sa fille J... et lui-même ont déclaré que des douleurs d'estomac lui reviennent par exacerbation tous les mois, et alors l'inculpé ne serait plus en possession de lui-même, mais les troubles ou douleurs

d'estomac n'altèrent pas les qualités du jugement. Toutes les maladies peuvent avoir une influence sur le caractère de l'individu; mais, disent les experts « où serait-on conduit » si, chaque fois qu'on commet un délit ou un crime, on » invoquait, qui son estomac, qui son foie, qui sa vessie, » qui sa migraine, qui sa goutte ? »

Des faits qui précèdent on peut déduire que l'accusé n'était pas aliéné avant, pendant et après le crime, mais doit-on trouver dans les antécédents héréditaires des motifs d'indulgence? Ce dernier point était assurément fort délicat à traiter, et, comme nous touchons à une question de doctrine, nous citerons textuellement ce passage du rapport :

« Nous avons relevé qu'une tante de l'inculpé était folle » et s'est suicidée, qu'un oncle a été interdit par suite de » dérangement constaté des facultés ; qu'une autre tante » habitant C... avait également une compromission men- » tale.

» L'inculpé tient beaucoup à cela ; mais nous ne pou- » vons nous placer au même point de vue que lui.

» L'hérédité est une cause prédisposante des plus graves » pour le développement des maladies mentales ; mais elle » n'est pas fatale. Le père et la mère semblent avoir une » aptitude égale à transmettre l'héritage aux enfants; et ces » enfants sont frappés tantôt dans un sens, tantôt dans un » autre ; il n'y a rien de fixe. Les uns peuvent être idiots, » d'autres imbéciles ; chez d'autres la folie survient, chez » d'autres aussi il n'y a aucun trouble. C'est ce qu'on voit » dans la famille L... G... où l'on constate trois aliénés véri- » tables, et le reste assez nombreux des individus jouit com- » plètement de ses facultés.

» L'inculpé, d'après ce que nous avons vu, s'est depuis » la naissance développé dans des conditions normales. On » n'a pas vu de modifications survenir dans sa constitution. » Ses habitudes professionnelles, son genre de vie n'ont » donné lieu à aucune remarque spéciale. Les facultés d'en-

» tendement et de moral ont eu leur accroissement naturel. » On ne signale pas dans sa conduite d'écarts spéciaux » ayant pu influer sur les déterminations mentales. On ne » trouve aucune bizarrerie anormale, aucunes convictions » délirantes, erreurs ou illusions des sens. Ses idées ont » toujours été et sont encore cohérentes et associées. La » mémoire est intacte et le jugement est conforme à une » élaboration pertinente des sensations et des perceptions.

» La constitution, quoique délicate, ne présente aucun » caractère de nature à faire prêter l'attention.

» Donc, pour nous, l'inculpé savait ce qu'il faisait, et il » avait le pouvoir et la volonté de résister à l'impulsion qui » lui a fait commettre son crime.

» Mais, dans quelle mesure ?

» Nous n'avons pas qualité pour entrer ici dans une étude » approfondie des manifestations héréditaires. Mais notre » devoir est de dire que l'hérédité, lors même qu'elle » n'amène pas la folie ou une prédisposition à la folie, occa- » sionne un tempérament nerveux prononcé, une impres- » sionnabilité très grande, de l'étrangeté de caractère, une » propension marquée à de mauvais instincts, à un affai- » blissement du sens moral, à l'irritabilité et à l'emporte- » ment.

» Autrement dit, l'hérédité, bien que l'individu soit sain » d'esprit et qu'on ait le droit de lui demander compte de » ses actes, agit sur les conditions passionnelles.

» Donc, à notre avis, l'hérédité, tout en laissant à l'in- » culpé la conscience de lui-même, a agi sur son tempéra- » ment et son humeur et leur a donné une tournure qui » n'aurait peut-être pas existé sans cela.

» Dans ces circonstances nous ne pouvons, en ce qui » nous concerne, refuser l'atténuation psychologique. »

Les conclusions du rapport sont les suivantes :

« 1° L'inculpé, lors de la perpétration du meurtre qui » lui est reproché, n'était pas entaché de folie.

» 2° L'inculpé avait l'exercice de ses facultés avant, pen-
» dant et après le crime.

» 3° L'inculpé peut être considéré comme responsable de
» ses actes.

» 4° Les antécédents héréditaires ont pu influer sur son
» tempérament et donner une tournure spéciale à son ca-
» ractère et à son humeur. Il serait donc moins résistant
» qu'un autre aux conditions passionnelles de la vie,
» et, à ce titre, il peut être l'objet d'une atténuation. »

G.... a été condamné aux travaux forcés à perpétuité. Dans ce cas, comme dans l'affaire Lemaître, les prédispositions héréditaires de l'accusé ont été invoquées comme une circonstance atténuante. Il était impossible aux experts d'aller au delà dans le sens de l'atténuation et, d'autre part, il était de leur devoir de mettre en lumière tout ce qui pouvait faire dévier le libre exercice des facultés mentales. Le verdict du Jury dans les deux cas ne s'est point écarté des conclusions des experts.

Le rôle du médecin nous paraît différent lorsque, en l'absence de toute circonstance pathologique, et par suite d'une éducation défectueuse, l'intelligence du prévenu est peu développée. Pour conserver son autorité devant les tribunaux, l'expert ne doit pas sortir du cadre nosologique. Il n'a pas à donner son appréciation personnelle en dehors du cas de maladie, car il cesse alors d'avoir une compétence spéciale. Cette manière d'envisager la question nous a servi de ligne de conduite dans les deux cas que nous allons citer.

MM. les docteurs Lafargue, Demons et nous, avons été commis à Bordeaux, à l'effet d'examiner l'état mental d'une fille T..., accusée d'infanticide (1). La prévenue, âgée de

(1) Le juge d'instruction avait conçu des doutes sur l'état mental de la prévenue, par suite de la difficulté qu'il éprouvait d'obtenir des réponses lors du premier interrogatoire.

vingt-cinq ans, avait, d'après l'instruction, étouffé son enfant. Elle était de taille moyenne, paraissait bien conformée, et ses traits étaient réguliers ; nous n'avons constaté chez elle aucune anomalie physique. Elle a travaillé à la terre avec ses parents, et en dernier lieu était placée comme domestique pour faire de gros ouvrages. Elle est devenue enceinte et, après avoir dissimulé quelque temps sa grossesse, l'a avouée et a été accoucher chez ses parents. Jamais, avant cette époque, elle ne s'était livrée à des actes de folie. La plupart des dépositions de l'enquête la représentent comme peu intelligente. Mais dans nos divers interrogatoires nous n'avons pu saisir aucune trace de délire, et depuis qu'elle était à la prison, elle se conduisait raisonnablement. Sa sensibilité nous a paru fort peu développée et lorsque nous lui avons parlé de la mort de son enfant, nous n'avons réveillé en elle aucune émotion. Elle s'est toujours bornée à nous répondre qu'il avait dû être étouffé par la couverture, que, s'il était mort par sa faute, elle ne l'avait pas fait exprès, enfin que, si elle avait fait mal, elle pensait qu'on devrait lui pardonner.

Ne relevant dans ses antécédents ni hérédité morbide, ni aucun acte de folie proprement dite, nous avons cru devoir restreindre notre appréciation aux considérations suivantes :

« Elle ne peut pas être considérée comme idiote. Il est » certain qu'elle est peu intelligente et l'on n'a rien fait » pour développer son intelligence. Elle n'a reçu, pour » ainsi dire, aucune éducation, et elle est complètement » illettrée. Personne non plus n'a cherché à développer sa » moralité et elle s'est abandonnée au premier séducteur » venu, mais si, en se conduisant ainsi, elle obéissait à ses » instincts, elle avait conscience de ne pas bien se conduire, » et elle proteste lorsqu'on lui dit qu'elle allait courir avec » les garçons. Lorsqu'elle est intimidée, elle est sujette à » se troubler et c'est ce qui explique la difficulté d'obtenir

» d'elle des réponses lors de son premier interrogatoire » par M. le juge d'instruction. Mais de là à un véritable état » d'idiotie au même d'imbécillité, il y a loin. Rien ne carac- » térise chez la fille T.... un vice congénital. Elle a » manqué d'éducation; son intelligence est restée bornée, » mais elle conserve la notion du bien et du mal. Tout » en tenant compte de son peu d'intelligence, nous ne » pouvons pas la considérer comme idiote ou imbé- » cile. »

Nos conclusions ont été :

« 1° Marie T.... a une intelligence bornée, mais n'est » pas affectée d'aliénation mentale.

» 2° Elle a la notion du bien et du mal et doit être consi- » dérée comme responsable de ses actes. »

Pour des motifs que nous n'avons pas à discuter, la fille T.... a été poursuivie simplement pour homicide par imprudence. Elle a été condamnée par le tribunal correctionnel à trois mois de prison.

Dans une affaire relativement récente et beaucoup plus grave où nous étions désigné comme expert, nous avons cru n'avoir à invoquer dans nos conclusions aucune atténuation de la responsabilité. Il s'agissait d'un assassinat, et les circonstances du crime étaient tellement atroces que la chambre des mises en accusation avait jugé insuffisant le rapport sommaire présenté par les médecins de la prison, et avait ordonné une nouvelle expertise par un médecin aliéniste.

L'exposé de l'affaire est nécessaire pour faire connaître les bases qui ont servi à notre appréciation.

Tout d'abord, on avait constaté la disparition des époux D...., qui, tous deux ensemble, avaient quitté leur domicile le 26...., dans l'après-midi, se dirigeant vers les bois. Des recherches avaient été faites le 27 au matin et le 28, une battue fut organisée, sans amener aucun résultat. Le 28,

vers huit heures du soir, D.... rentra seul dans son domicile qui lui était commun avec ses beaux-parents. Il était tout chancelant, les vêtements en lambeaux et la figure déchirée et ensanglantée. Il demanda si sa femme était revenue et il raconta qu'étant au bois, il avait été interpellé par un homme de haute taille et de mauvaise mine, ayant une casquette à rabat, qui s'était jeté sur lui, et qu'il s'était alors sauvé à travers bois. Il ajoutait que sa femme avait dû être attaquée par le malfaiteur. Le lendemain, interrogé par les gendarmes, il modifie quelque peu sa déclaration, disant qu'il avait reçu du malfaiteur deux coups de couteau à la joue droite et un à la joue gauche, qu'il serait tombé étourdi, puis se serait relevé pour se sauver dans les broussailles et s'arrêter non loin de là sous un chêne. Il aurait, au moment de l'agression, laissé tomber la serpe qu'il avait emportée au bois et ne l'aurait plus retrouvée. Il serait resté sous le chêne pendant quarante-huit heures, sans oser bouger, n'ayant pendant ce temps ni mangé ni dormi. A l'entendre, la serpe avait dû être ramassée par l'individu et sa femme tuée avec cet outil. Le 30, au matin, il modifie encore sa déposition que divers indices faisaient supposer mensongère. Il avoue qu'il s'est fait lui-même, avec la pointe de son couteau, quelques heures avant de rentrer au domicile de son beau-père, les égratignures qu'il avait à la face, afin de simuler une attaque, mais il maintient avoir fait la rencontre d'un individu, offrant d'aller à la recherche du corps de sa femme et affirmant que ce n'était pas lui qui l'avait tuée. Il promène plusieurs heures les gendarmes dans les bois sans arriver à aucun résultat, puis il finit par dire qu'il avait donné la mort à sa femme en la frappant sur la tête de plusieurs coups du dos de sa serpe, qu'elle était tombée au deuxième coup, qu'il l'avait déshabillée et l'avait enterrée. En effet, il montra successivement plusieurs anciens trous de mine où l'on découvrit des vêtements de femme ensanglantés, et enfin

le cadavre de la victime recouvert de terre. Le lendemain seulement, il conduisit les magistrats à l'endroit où la serpe était cachée sous un arbre.

L'exhumation du cadavre révéla des mutilations considérables. Plusieurs plaies existaient à la tête et le crâne était fracturé ; mais, en outre, le cou était presque entièrement tranché, un des seins était coupé, le ventre était largement ouvert, et une des jambes était presque détachée de la cuisse. Interpellé sur les motifs de ces mutilations, il affirma d'abord n'avoir ouvert le corps que poussé par un sentiment de curiosité et pour le visiter intérieurement, mais il reconnut ensuite qu'il avait agi dans le but de s'assurer si sa femme était en état de grossesse et de vérifier si elle avait du lait dans les seins. S'il avait mutilé une des jambes, c'est parce qu'elle le gênait pour dissimuler le corps dans le trou. Sa confrontation avec le corps de la victime fit voir chez l'accusé une absence complète de sensibilité morale. On lui demanda comment il avait procédé pour voir si sa femme était enceinte, et il n'hésita pas à introduire les doigts dans la plaie béante du ventre et soulevant les intestins il montra la place où était située la matrice.

Lorsqu'il a été soumis à notre examen, D... était âgé de trente-deux ans. C'est un homme de taille moyenne, et paraissant bien conformé. Ni la face ni le crâne ne présentaient d'asymétrie. Comme antécédents héréditaires nous avons trouvé simplement que sa mère paraissait peu intelligente, et d'après les renseignements obtenus, aucun autre membre de la famille n'aurait été atteint de folie. D..., d'après son propre dire aurait été difficile à élever, et il raconte qu'il urinait par frayeur dans son pantalon quand il était enfant et quand on le grondait. Toujours d'après son récit, il serait resté peureux quand il est devenu grand, mais il n'urinait plus involontairement. Il aurait été à l'école jusqu'à quatorze ans et ne pouvait rien apprendre. La plupart des

dépositions concordaient sur un point avec le récit de l'accusé, c'est qu'il avait toujours été d'intelligence bornée; nous avons néanmoins constaté qu'il savait lire et écrire, ce qui donne à supposer qu'il a appris quelque chose à l'école et n'a pas été aussi mauvais écolier qu'il l'a prétendu. Depuis qu'il a quitté l'école, il a travaillé comme journalier jusqu'à l'époque de son mariage. Il aurait, nous a-t-il dit, été poussé à ce mariage par sa mère, qui, alors veuve, voulait elle-même se remarier. D..., depuis son mariage, faisait ménage commun avec ses beaux-parents.

Nous avions le devoir de rechercher, non seulement s l'acte incriminé était l'œuvre d'un fou, mais encore si, à une époque antérieure ou postérieure, l'accusé avait présenté des symptômes d'aliénation mentale. Les circonstances mêmes de l'attentat n'ont été connues que par les aveux de l'inculpé. D... aurait dit à sa femme, vers cinq heures du soir, de venir avec lui chercher des perches dans le bois. En route, il aurait eu avec elle une discussion à l'occasion des perches et d'un travail fait le matin, puis il se serait plaint de ce que, d'après les on-dit « du monde », elle aurait des relations coupables avec diverses personnes, notamment avec un certain oncle P..., qui était attendu pour les travaux de fenaison. Dans le cours de l'altercation, au bois, il aurait été pris d'un mouvement de colère. Sa femme marchait devant lui et il l'aurait frappée avec sa serpe, près de l'oreille du côté droit ; elle serait tombée; il lui aurait porté un second coup à la même place, et comme elle se plaignait encore un peu, il l'aurait frappée une troisième fois au cou avec le tranchant de la serpe, pour l'achever. Il aurait ensuite attendu environ un quart d'heure que le sang ait cessé de couler « pour ne pas brouiller ses effets. » Il a traîné puis porté le cadavre près d'un trou de mine, qu'il savait voisin, en ayant soin de ne pas tacher ses vêtements. Il a déshabillé sa victime, en faisant toujours attention de ne pas se tacher, puis il a voulu voir si elle

était enceinte et a ouvert le ventre avec la serpette de son couteau. Il a coupé un des seins également avec sa serpette afin de voir s'il contenait du lait, et, ses investigations terminées, a cherché à loger le corps dans le trou. Le membre inférieur gauche faisant obstacle a été fracturé au-dessus du genou. Puis il a ramené avec ses mains de la terre sur le corps, et comme il ne pouvait le couvrir suffisamment, il a été chercher un hoyau dans une minière, près de là, et a terminé sa triste besogne en enterrant les vêtements et en cachant sa serpe. N'osant pas rentrer, il s'est lui-même caché dans le bois pendant deux jours en se nourrissant de fraises. Il a pensé alors à raconter qu'il avait été attaqué par un brigand, et, pour rendre plus véridique son récit, il s'est donné à la figure de petits coups de couteau.

Les dépositions de l'enquête nous ont fourni des éléments pour rechercher quelles étaient les dispositions d'esprit antérieures de l'accusé. D... passait pour être jaloux de sa femme et il se faisait fréquemment moquer de lui à ce sujet. D'après certains témoins, il avait un caractère violent, mais, si sa colère était bruyante, aucun témoin ne s'est plaint d'avoir été frappé. Il était bon ouvrier et ne fréquentait jamais les cabarets. En dehors des travaux de la culture, il faisait de bonnes journées en transportant du minerai. Ce qui paraît certain, c'est que D... était crédule, qu'il était en butte à des plaisanteries, et que les ouvriers de la mine excitaient sa jalousie par des sarcasmes déplacés au sujet de sa femme. Rien n'autorisait à supposer que cette dernière se conduisît mal, et néanmoins on s'amusait à faire croire au mari qu'elle avait des relations adultères pendant qu'il était au travail, et que son enfant était le produit de ces relations coupables. D'après les dépositions, rien d'extraordinaire toutefois ne se serait passé pendant la semaine qui a précédé l'attentat ; la veille même, il avait fait des transports de minerai et rien ne pouvait faire prévoir l'acte du lendemain. Le matin il a été faucher, et il

avait songé alors, a-t-il dit, à tuer sa femme ; mais, dans l'après-midi, rien ne révélait qu'il fût prêt à mettre un pareil dessein à exécution, et, à son dîner, il paraissait fort tranquille.

Après son arrestation, pendant son séjour à la prison, et pendant la période où il a été mis en observation à l'asile de Fains, D... a été constamment calme. Nous n'insisterons pas sur les détails de notre observation, détails que nous devions consigner dans notre rapport, mais qui n'apporteraient aucune notion nouvelle sur la nature de l'affaire. Nous dirons toutefois que D... avait conservé le souvenir non seulement des faits relativements récents, mais encore de faits plus anciens. Tout en ayant des griefs contre ses beaux-parents, et en disant qu'on ne lui laissait conclure aucun marché, il était au courant de ses affaires et savait distinguer le bien qui lui venait de sa femme de celui qu'il avait acheté sous le régime de la communauté, mais était inscrit à son nom. La sensibilité morale lui faisait toujours défaut, et il racontait sans émotion l'acte qu'il avait commis. On eût dit à l'entendre qu'il avait ouvert le corps de sa femme comme un boucher opère à l'égard d'un animal de boucherie. Il semblait néanmoins avoir conscience de sa situation et il nous a même dit avoir pensé qu'en tuant sa femme, il subirait le même sort, et qu'il irait à l'échafaud.

Nos investigations ont porté sur un point tout spécial. D... nous avait dit que dans son jeune âge, il urinait « de peur » quand il était grondé. Quoiqu'il affirmât que, depuis l'âge de quatorze ans, il n'avait plus été sujet à cette incontinence, et que jamais le fait ne s'était produit la nuit depuis qu'il était grand, nous avons recherché s'il n'existait pas quelque symptôme d'épilepsie chez lui. Nous avons examiné la bouche, et nous n'avons trouvé aucune cicatrice provenant de morsure de la langue. En un seul point, sur le bord droit, la langue présentait une petite dépression,

mais cette inégalité répondait très exactement, lorsque la langue était rentrée dans la bouche, à la pointe d'une dent cariée.

Nous avons été conduits, dans notre discussion des faits, à éliminer successivement les diverses formes de folie qu'on eût pu invoquer pour expliquer l'acte commis par l'accusé. D... avait toujours été bon ouvrier, il ne se livrait à aucun écart de conduite, sa mémoire était intacte et il était au courant de ses affaires. Il était crédule et l'on abusait volontiers de sa crédulité pour faire de lui l'objet de railleries déplacées, mais cette circonstance ne suffit pas pour le ranger dans la catégorie des imbéciles. Les accès de colère qui ont été signalés ne pouvaient pas, en dehors de toute idée ou actes déliránts, être considérés comme un symptôme d'aliénation mentale. D... était souvent en désaccord avec les parents de sa femme, il était ennuyé de recevoir des reproches dans son intérieur, et des sarcasmes au dehors. Mais jamais aucun délire systématisé n'est apparu ; rien ne nous a autorisé à supposer des hallucinations ou des illusions des sens, et jamais il n'a considéré sa femme comme l'auteur de persécutions à son égard. Nous n'avons pu découvrir aucun vestige d'épilepsie, et d'ailleurs les actes commis sous l'influence épileptique ont ce caractère tout spécial, que l'individu n'en conserve pas le souvenir. Enfin, nous n'avons pas pu admettre que l'acte eût été commis sous l'influence d'un délire passager des actes, pouvant être rattaché à la folie impulsive. D'une part, les aliénés de cette catégorie appartiennent à des familles d'aliénés ; d'autre part, nous ne retrouvons pas dans l'acte en lui-même les caractères de l'impulsion irrésistible. D..., après avoir frappé sa femme, après l'avoir achevée, comme il l'a dit, a attendu que le sang se soit écoulé, et cela pour ne pas « brouiller ses effets. » Puis il s'est occupé de faire disparaître le corps de sa victime, mais il a d'abord cherché à vérifier si ses soupçons étaient fondés, et après avoir dépouillé le corps de

ses vêtements, l'a ouvert méthodiquement. Il a recouvert le cadavre de terre, d'abord avec ses mains, et ensuite avec un outil qu'il a été chercher. Enfin, il a caché les vêtements et la serpe. D'après sa déposition même, il a dû consacrer à cette sinistre besogne plus de deux heures. Nous avons cru impossible d'admettre que l'impulsion irrésistible qui pousse un aliéné à tuer, permette de se livrer à une telle série d'actes coordonnés. D... était, suivant une expression que nous avons trouvée dans une des dépositions, et qui nous a paru juste, une *nature brute*. Son éducation a été peu soignée, et son intelligence n'a pas été développé. Nous n'avons constaté dans les faits qui nous ont été soumis aucun caractère pathologique, et nous avons déclaré qu'il appartenait à la justice de déterminer le rôle que des plaisanteries et des assertions mensongères sur la moralité d'une femme, avaient pu jouer sur la résolution du mari. La jalousie de l'accusé avait été excitée comme à plaisir. Mais le fait ne constitue pas une maladie, et c'était au jury de décider s'il voyait dans cette circonstance une atténuation.

Nos conclusions ont été :

1° D.... n'est pas atteint d'aliénation mentale;

2° Il n'a pas agi sous l'influence d'un délire passager lui enlevant momentanément la conscience et la responsabilité de ses actes.

A l'audience de la Cour d'assises, l'avocat plaida l'acquittement en invoquant la folie instantanée. D'après le système de la défense, D..., atteint d'un délire subit, aurait frappé mortellement sa femme; puis, revenant à la raison, aurait voulu savoir si les soupçons qu'il avait étaient fondés et, pour échapper à une mauvaise affaire, aurait cherché à faire disparaître le corps de la victime. On avait à déplorer un malheur, mais le crime en lui-même n'existait pas. Nous ne discuterons pas une semblable théorie. Le

Jury d'ailleurs ne l'a pas admise et a répondu affirmativement sur la question d'homicide volontaire avec préméditation, en accordant des circonstances atténuantes. La Cour a prononcé une condamnation à vingt ans de travaux forcés.

Nous aurons à poursuivre dans une revue suivante cette étude de l'état mental des accusés dans les divers cas d'attentats sur les personnes.

Établissements d'aliénés

ASILES D'ALIÉNÉS

DE L'AUTRICHE, DE LA HONGRIE ET DE LA BAVIÈRE

Par le Dr Philippe REY
Médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard.

Dans un voyage effectué au mois de novembre dernier, j'ai visité les asiles de Vienne, de Graz, de Buda-Pesth, et de Munich, ainsi que les quartiers d'hospices destinés aux malades atteints d'aliénation mentale. En offrant aux lecteurs des *Annales* les notes que j'ai recueillies sur le régime de ces établissements et sur différentes questions relatives à la situation des aliénés, je crois combler une lacune. Depuis longtemps, en effet, il n'a rien paru sur ce même sujet dans les publications françaises.

C'est aussi pour moi une occasion de rendre un hommage à la courtoisie de nos confrères, directeurs et médecins des différents services que j'ai visités et où j'ai reçu le plus cordial accueil.

Autriche. Je ne puis que nommer les asiles de Brünn, en Moravie, et de Kulpakow, près Lemberg, en Galicie. Les obligations d'un service administratif ne m'ont pas permis de m'y arrêter (1). Mais j'ai pu voir en

(1) J'accompagnais un aliéné jusqu'à la frontière russe.

détail les établissements de la capitale et quelques autres dans la Basse-Autriche et la Styrie.

Vienne. L'*asile central* fondé en 1848, ouvert en 1853, a remplacé le vieil édifice connu sous le nom de « Tour des fous » (Narrenthurn), qui datait de 1783, et que Morel visitait encore en 1845. Situé dans l'Alsergrund (IX^e^ district), à l'ouest et à peu de distance de l'hôpital général, cet établissement est bâti sur une éminence, complètement isolé au milieu de jardins, et précédé d'un parc anglais disposé en amphithéâtre; le tout comprenant environ 12 hectares de superficie. Il a été construit pour une population de 700 aliénés des deux sexes, appartenant à la capitale et à la Basse-Autriche.

L'asile est constitué par deux édifices distincts. L'édifice principal est un ensemble de bâtiments reliés à angle droit et formant un seul corps; tels sont : une partie centrale avec façade; deux ailes symétriquement étendues à droite et à gauche, à deux étages, et terminées par trois pavillons divergents. La partie centrale comprend les bureaux, les appartements du directeur-médecin, des médecins assistants, la chapelle, les cuisines et autres services généraux. Les sections des malades occupent les parties latérales et les pavillons où elles sont superposées du rez-de-chaussée au premier et au deuxième étage. Chaque section de malades tranquilles se compose de dortoirs, réfectoires, salles de réunion, latrines; toutes ces pièces s'ouvrent sur une galerie spacieuse, parquetée, ventilée et chauffée au moyen de tuyaux à air chaud. Le quartier des agités est formé uniquement d'un rang de cellules avec une galerie commune. Les sections d'un même étage se trouvent isolées les unes des autres par les appartements des surveillants, par des offices, vestiaires, ou par les escaliers qui conduisent aux préaux.

Des salles de bains et de douches existent dans chaque division, au rez-de-chaussée.

L'autre édifice, construction moins importante destinée aux gâteux, s'élève à droite de l'édifice principal, et comprend des salles de réunion, dortoirs, chambres, bains, latrines, offices, en un mot toute l'installation nécessaire pour le traitement de cette catégorie de malades.

Telle est la disposition générale de l'asile de Vienne. Voici quelques détails relatifs à l'aménagement intérieur et aux services qui ont plus particulièrement attiré mon attention.

Les *cellules* sont des pièces assez spacieuses, recevant le jour par une seule fenêtre placée en haut de la paroi du fond. Ces cellules sont parquetées; des appareils de ventilation et de chauffage occupent l'un des côtés, hors de la portée du malade. Dans un angle se trouvent les latrines. Il n'y a ni lit, ni objet d'ameublement, mais seulement des pièces de literie, telles que matelas, draps et couvertures.

Les *cellules capitonnées* ont une disposition nouvelle. Le revêtement protecteur est solidement fixé sur des châssis en bois et maintenu à une distance de cinquante centimètres environ des murs. Le parquet est recouvert d'un feutrage épais. Cette modification, toute récente, est due à M. le Dr Schlager, directeur-médecin de l'établissement.

Les *lits* sont en bois, et le même modèle est en usage dans toutes les sections. Il n'y a pas de lits spéciaux pour les malades gâteux. Les lits des épileptiques sont munis sur chaque bord, de filets en corde assez grosse et à larges mailles, qu'on peut baisser et lever à volonté.

La *camisole de force*, les *entraves* et le *fauteuil de force* ont été complètement supprimés. La camisole n'est employée que pour le transfèrement des aliénés agités. La contention n'est cependant pas absolument abandonnée, car on fait usage des gants de cuir pour les aliénés *mutilateurs*; et, dans certains cas chirurgicaux, on emploie des

alaises méthodiquement disposées autour du tronc et des membres, et qui entravent les mouvements sans exercer une constriction pénible. J'ai vu ce système appliqué à une malade atteinte de lypémanie religieuse, avec idées de mutilation, et dont les genoux étaient le siège de volumineux hygromas.

Du reste, le moyen à peu près exclusivement employé vis-à-vis des aliénés agités ou dangereux est la réclusion dans une cellule.

Pour les aliénés *déchireurs*, on fait usage d'un vêtement de fort coutil, analogue au maillot adopté par MM. Magnan et Bouchereau. Il en diffère en ce que les manches ne dépassent pas les poignets et laissent les mains libres : ce vêtement, bien coupé et solidement cousu, résiste aux tentatives de destruction dans la plupart des cas. Quant à ces malades auxquels rien ne saurait résister, on les laisse en cellule dans un état de nudité complète, en veillant à ce qu'une bonne température soit entretenue dans les pièces qu'ils occupent : ce qui me paraît préférable que d'imposer des vêtements à des malades qui, apparemment, ne peuvent pas en supporter le contact. Une couverture spéciale est destinée à ces mêmes malades : elle se compose de deux couvertures ordinaires de laine, superposées et très solidement réunies par un *piqué* à petits carreaux ; les bords sont garnis de forts rubans de toile.

Toutes les autres parties de l'ameublement et les autres objets au service des malades n'offrent rien de particulier.

Les femmes sont employées aux différents travaux de couture ; pour les hommes, il y a, outre le jardinage, des ateliers de menuiserie et de vannerie.

Les distractions telles que concerts, représentations, sont fréquemment procurées aux malades : ils ont des jeux dans leurs salles, et les indigents eux-mêmes ont à leur disposition des pianos en bon état.

Il est évident que, dans une rapide visite, on ne peut se

rendre un compte exact du fonctionnement des divers services d'un établissement de ce genre ; mais cette réserve faite, je me plais à dire que je n'ai rencontré à l'asile de Vienne aucun de ces détails qui trahissent une négligence habituelle, tels que mauvaises odeurs, état de malpropreté des malades, etc.

L'asile de Vienne reçoit trois classes de *pensionnaires*. La première classe est de quatre florins par jour pour les aliénés de la Basse-Autriche et de cinq florins pour les aliénés des autres provinces et pour les étrangers: la deuxième classe est de deux florins par jour et la troisième de un florin.

Les dépenses totales pour l'année 1881 se sont élevées à 270,186 florins. Le *prix de journée* est de 1 florin 25 kr., environ 2 francs 70 c. de notre monnaie.

Le *personnel* de l'asile se compose du directeur-médecin, de trois médecins chefs de service assistés chacun de deux médecins adjoints ; il n'y a pas d'internes. Un administrateur est chargé du service matériel de l'établissement sous les ordres et la responsabilité du médecin-directeur. Le personnel subalterne se compose, en outre des surveillants, surveillantes et dames de compagnie, de 80 gardiens et 71 gardiennes, ce qui fait un serviteur ou une servante pour cinq malades. Les gages de ce personnel varient de 8 à 16 florins par mois ; ils reçoivent, en outre, une prime de 40 p. 100 de leur salaire après dix ans de service, et pour chaque année en plus, ils ont une augmentation de 2 1/2 p. 100.

Je dois mettre en regard de ce nombreux personnel le nombre véritablement dérisoire des serviteurs dans certains de nos asiles, où la proportion descend parfois à un gardien pour 20 ou 25 malades, même dans des quartiers d'agités.

Voici le mouvement de la population pour l'année 1880-1881, et quelques-unes des données statistiques les plus

importantes que M. le Dr Schlager, directeur-médecin, a bien voulu me communiquer :

		H.	F.	T.
Restant du dernier trimestre 1880.		359	293	652
Entrés en 1881		350	261	611
	Total	709	554	1.263
Sortis	Guéris	42	20	62
	Non guéris ou transférés.	138	155	293
	Morts	119	48	167
	Total.	299	223	522
Restant fin 1881.		410	331	741

Les formes des maladies mentales, inscrites en tête de chaque tableau statistique, sont : la manie, la mélancolie, le délire chronique, la démence, la folie paralytique et l'épilepsie avec troubles intellectuels. Pour ces différentes formes, la proportion des malades ne s'éloigne pas sensiblement de celle que nous notons en France.

La paralysie générale, dans cette population totale de 741 malades des deux sexes, figure 73 fois chez les hommes et 21 fois chez les femmes, soit une proportion de 17,8 p. 100 pour les premiers, et de 6,3 pour le sexe féminin, chiffres sensiblement inférieurs à ceux que donnent les statistiques des asiles du département de la Seine.

17 paralytiques généraux avaient de 55 à 80 ans; l'un d'eux avait atteint cet âge exceptionnel. Enfin, nous trouvons porté dans le tableau des guérisons un cas de paralysie générale dont l'observation, malheureusement, ne nous est pas connue.

Comme étiologie, nous voyons en première ligne les excès alcooliques avec 212 cas d'aliénation mentale, dont 197 chez les hommes et 15 seulement chez les femmes.

Dans les pays de montagnes comme la Styrie, le Tyrol, l'eau-de-vie de grain est la boisson favorite.

L'hérédité est notée chez 108 individus dont 66 hommes et 42 femmes : Ces malades sont, pour la plupart, atteints de délire chronique. Sept fois seulement l'hérédité a été notée chez les paralytiques généraux; l'hystérie paraîtrait assez rare : elle fournit 4 cas seulement, tous compliqués de délire chronique. Enfin, 619 individus sont atteints d'affections dont la cause n'a pu être déterminée. On voit par là que les médecins de Vienne sont, comme nous, dans le plus grand nombre des cas, privés de tout renseignement sur les antécédents des malades.

Les cas de folie ont été notablement plus fréquents dans ces dernières années, ce qui tient tout d'abord à l'extension croissante de la capitale de l'Autriche. L'influence des événements politiques dans la production de l'aliénation mentale n'a pas été bien sensible : il n'en aurait pas été de même pour les désastres financiers de 1873.

II. *Clinique des maladies mentales et des maladies du système nerveux.*

Il y a à Vienne deux cliniques de psychiatrie : l'une, à l'asile même, dirigée par le professeur Leidesdorff; l'autre occupe un quartier de l'hôpital général, qui a été disposé en 1875 pour recevoir une centaine d'aliénés des deux sexes. Il comprend, au rez-de-chaussée, quatre cellules et trois ou quatre salles pour chaque division, et deux salles seulement au premier étage. Le laboratoire et l'amphithéâtre sont au rez-de-chaussée. Telle est la clinique du professeur Meynert dont les remarquables travaux sur le cerveau, et particulièrement sur la couche corticale, sont connus de tous. Quatre médecins assistants sont attachés

à ce service qui est des plus actifs, comme on pourra en juger par les chiffres suivants, extraits des comptes rendus de l'hôpital général :

	H.	F.
Restant en décembre 1880	53	49
Reçus directement	757	473
Reçus des différents services de l'hôpital général	73	40
	883	562
Sortis transférés	44	26
— guéris	125	62
— améliorés	67	21
— non guéris	530	389
— morts	66	33
Restant en décembre 1881	51	31

Dans ces chiffres, il faut compter un grand nombre d'affections cérébrales et nerveuses simples, dont la proportion est de 6.02 p. 100. Telles sont : l'hydrocéphalie, l'hémorrhagie cérébrale, l'encéphalite, les tumeurs cérébrales, la sclérose disséminée, la syphilis cérébrale, la méningite, la pachyméningite, la commotion cérébrale et la chorée. Le chiffre des épileptiques est de 45 hommes et 27 femmes.

Dans la période de 1880-81, on compte 185 individus atteints de paralysie générale, dont 135 hommes et 50 femmes; ce qui fait une proportion pour 100 de 15,3 pour les hommes et de 8,8 pour les femmes : ce dernier chiffre est relativement assez élevé et contraste avec la faible proportion des cas d'alcoolisme fournis en Autriche par le sexe féminin

Voici encore quelques évaluations des formes mentales les plus fréquentes :

	H.	F.
Alcoolisme.	255	20
Démence.	107	67
Manie chronique (chronischer Wahnsinn)	84	80
Manie aiguë (acuter Wahnsinn) . . .	41	81
Délire chronique généralisé (allgemeine Verrücktheit)	36	76
Hystérie.	»	35
Idiotisme.	21	9

La mélancolie n'est notée que six fois, la folie circulaire une fois seulement, bien que l'on ait quelquefois indiqué cette forme mentale comme très fréquente en Allemagne.

La moyenne des guérisons a été de 12.94 p. 100, et porte principalement sur les cas de manie aiguë et de délire alcoolique.

Pour les décès, la moyenne est de 6.85 p. 100.

Deux autres établissements sont également destinés à recevoir les aliénés de la Basse-Autriche : l'un est situé à *Klosterneubourg*, localité située sur la rive droite du Danube, à environ neuf kilomètres de Vienne. Cet établissement reçoit surtout les aliénés incurables : on sait, en effet, que la séparation des aliénés curables et des incurables dans des établissements distincts, est une des particularités de l'organisation des asiles en Allemagne. Construit primitivement pour une population de 250 aliénés des deux sexes, cet asile a été augmenté et comprend aujourd'hui une population de 517 malades et une section indépendante formant une petite colonie d'idiots.

L'asile d'*Ybbs* date de 1770. C'était alors une maison pour les indigents : il contient aujourd'hui près de 450 aliénés des deux sexes (1).

(1) J'ai puisé dans une publication récente du docteur Heinrich Lacher sur les asiles d'aliénés « de langue allemande »

Il y a, en outre, à Vienne et dans les environs, plusieurs établissements privés dont le plus important est celui d'*Ober Dobling*, dirigé par les Drs Leidesdorff et Obersteiner.

Graz. Le chef-lieu de la Styrie possède une université importante. En 1874, quelques salles de l'hôpital général ont été aménagées pour recevoir des aliénés, et constituent aujourd'hui à la fois le bureau d'admission et la clinique des maladies mentales, sous la direction du professeur Krafft-Ebing, assisté de deux médecins adjoints.

Le mouvement de la population en 1881-82 est celui-ci :

		H.	F.
Restant fin 1881	32	9	23
Reçus	640	327	313
Sortis	606	314	292
Morts	25	17	8

Après un temps d'observation suffisant, la plupart des aliénés sont dirigés sur l'asile provincial de *Feldhof*.

Cet établissement, destiné aux aliénés de la Styrie, est situé à une lieue environ de Graz. Il a été ouvert en 1872. C'est un édifice à deux étages, composé de plusieurs parties symétriques formant un seul corps de bâtiment. Un bâtiment spécial est affecté aux malades gâteux. Enfin, quelques constructions isolées représentent un principe de ferme qui doit recevoir une plus grande extension. Sa situation, dans une immense plaine, est très favorable au développement d'une colonie agricole ; mais elle offre peu d'agrément pour les malades.

A la fin de 1881, il y avait à *Feldhof* 506 malades, dont 223 hommes et 283 femmes ; le chiffre des admissions pour l'année 1881 a été de 764, dont 374 hommes et 390 femmes.

quelques renseignements que je n'ai pu noter sur place. M. Ed. Golstein a bien voulu m'en faire la traduction.

Au mois d'octobre 1882, la population était ainsi répartie :

	Hommes.	Femmes.
Mélancolie	23	51
Manie	29	58
Folie secondaire	132	173
Folie paralytique	60	16
Epileptiques	31	18
Imbécillité, idiotisme et crétinisme.	18	16

Durant ce même mois, l'asile a reçu 22 malades dont 6 atteints de paralysie générale, 4 hommes et 2 femmes. Une des particularités que présente la population de cet asile, c'est le nombre notable de goîtreux dans l'un et l'autre sexe. Le goître est, en effet, à l'état endémique dans les vallées de la Styrie comme dans tout le réseau des Alpes-Orientales.

Buda-Pesth. Asile de Tébolidai. Cet établissement, le plus important des asiles hongrois, date de 1867. Il est à une lieue environ de Buda, dans une position très pittoresque, au milieu des collines qui bordent la rive droite du Danube. Un vaste jardin anglais fermé par une grille sépare l'asile de la route. L'édifice est bâti à mi-côte; on a cependant évité la disposition en amphithéâtre, en élevant sur un sous-sol toute sa partie antérieure. Il se compose de deux grands bâtiments parallèles et deux ailes également parallèles qui les relient l'un à l'autre. Disposées autour d'une cour centrale où se trouvent la chapelle et les services généraux, et de deux autres cours latérales, les constructions forment deux divisions symétriques pour l'un et l'autre sexe, et comprennent un rez-de-chaussée et deux étages. Quant à l'aménagement, au nombre des sections et au mode de répartition des malades, c'est à peu de chose près ce qui existe à l'asile de Vienne; mais il n'y a pas de bâtiment distinct pour les malades gâteux. Des ateliers occupent le sous-sol la division des hommes.

Le personnel médical se compose du directeur-médecin, de deux médecins en chef et de quatre médecins assistants. Le personnel servant comprend 54 gardiens et 48 gardiennes.

La population de l'asile est de 668 malades dont 354 hommes et 314 femmes (pensionnaires et indigents). Sur ce nombre, on compterait environ 80 cas de paralysie générale, à peu près exclusivement fournis par le sexe masculin. L'alcoolisme est, paraît-il, peu fréquent, surtout parmi les femmes; l'hystérie serait également assez rare. Les aliénés reconnus incurables et non dangereux ne sont pas reçus à l'asile ; un établissement spécial pour 300 malades de cette catégorie vient d'être ouvert à Pesth.

En Autriche-Hongrie, il n'existe pas de loi spéciale sur les aliénés; mais des statuts et ordonnances en tiennent lieu. Nul ne peut être placé dans un établissement public ou privé, s'il n'est accompagné d'un certificat délivré par le médecin de la famille et contresigné par le médecin communal. Dans les trois semaines qui suivent le placement, l'aliéné est soumis à l'examen d'une commission composée d'un conseiller et de deux médecins de la cour d'assises.

Tout aliéné peut adresser une pétition au tribunal (*Landsgericht*) à l'effet de réclamer l'examen de la susdite commission dont la décision est sans appel.

L'aliéné guéri est proposé à l'examen de cette commission par le directeur de l'établissement. Quel que soit son état, tout aliéné peut être réclamé par sa famille ; dans ce cas, celle-ci doit prendre l'engagement par écrit (*revers*) de veiller sur le malade, et accepte la responsabilité de tous ses actes. Pour être valable, cette déclaration doit être contresignée à Vienne par le commissaire de police, et par le maire dans les autres localités.

Les asiles provinciaux sont placés sous la surveillance des « Landesausschuss. »

Ces dispositions légales concernant la séquestration des aliénés sont à peu près textuellement reproduites dans le projet de loi récemment présenté au Sénat français. Souhaitons que cette importante modification de la loi de 1838 satisfasse pleinement ce que l'on est convenu d'appeler l'opinion publique (1).

Munich. — Par sa forme générale et ses aménagements intérieurs, l'asile de Munich rappelle les asiles de Vienne et de Buda-Pesth. C'est, en effet, le même système de bâtiments reliés à angle droit, formant un seul corps et divisés intérieurement en plusieurs sections occupant le rez-de-chaussée et un ou deux étages. Cet asile, ouvert en 1859, reçoit les aliénés de la capitale et de la Bavière supérieure. Il a été considérablement augmenté en 1874 et en 1877. Les dépenses nécessitées par ces agrandissements successifs se sont élevées à près de deux millions de marcs.

L'établissement est situé à une petite distance de la ville, et il est question de le faire desservir par une ligne de tramways ; une colonie agricole est également projetée.

Je signalerai parmi les constructions les plus récentes, un préau couvert et vitré pour chaque division, et une salle de concerts. Les fenêtres des cellules sont garnies de carreaux de verre d'une épaisseur de 1 centimètre environ et capables de résister aux chocs les plus violents.

Le personnel de l'asile se compose du directeur-médecin, de deux médecins en chef et de quatre médecins assistants. Il y a, en outre, un administrateur-économe, un maître d'école, un aumônier et un pasteur protestant, des chefs d'atelier.

Pour une population de 650 aliénés des deux sexes, il y a deux surveillants et deux surveillantes, 37 infirmiers et 37 infirmières. Les moyens de contention sont supprimés dans

(1) Je dois la connaissance de cette législation à l'obligeance de M. le Dr Franz Kieneberger, médecin assistant de l'asile de Vienne.

tous les services, et remplacés par la réclusion en cellule.

Je n'ai pas voulu entrer dans le détail minutieux de l'état matériel et moral des asiles dont il vient d'être question. Il suffit, je pense, que j'aie mis en relief quelques-unes des particularités qui m'ont paru les plus intéressantes. J'ai noté surtout les sections spéciales pour les malades faibles et gâteux; les quartiers cellulaires pour les agités; le grand nombre de serviteurs dans toutes les sections; la suppression de la camisole de force et à peu près de tous moyens de contrainte.

On aura remarqué encore le nombre important des médecins attachés à ces établissements. Je dois ajouter que dans la plupart des asiles, en Allemagne principalement, les médecins se réunissent après la visite du matin sous la présidence du directeur, pour traiter des différentes questions intéressant leurs services respectifs.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 12 MARS 1883.

Présidence de M. Motet.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Rapport statistique sur l'asile d'Etat pour les aliénés, à Stokton* (Californie, 1882) ; par M. le Dr Shurteff, superintendant.

2° *Rapport statistique sur l'asile d'aliénés de Pensylvanie* pour 1882 ; par M. le Dr Thomas Kirkbride, super-intendant à Philadelphie.

Rapports de candidature.

M. Charpentier. — Messieurs, dans votre séance du 29 janvier dernier, vous avez nommé une commission composée de MM. Foville, Charpentier et Dally, rapporteur, pour examiner la candidature de M. Pierret au titre de membre correspondant.

M. Dally, empêché, a bien voulu me confier le soin du rapport. Ç'a été pour moi un grand bonheur de relire les travaux de M. Pierret et de venir, au nom de votre commission, rendre devant vous hommage au zèle infatigable du candidat, zèle qui s'est traduit par de nombreuses productions personnelles et par la valeur des travaux qu'il a suggérés aux élèves qui ont su se grouper autour de lui.

M. Pierret a travaillé à la Salpêtrière pendant les années 1868, 1869, 1870, 1871, 1872, 1874 comme stagiaire, externe, interne suppléant, puis titulaire, chez MM. Trélat, Voisin, Moreau et Charcot. Elevé à la vigoureuse discipline

scientifique du Maître, il a montré dans tous ses travaux le même esprit de logique et de méthode. Son nom se trouve souvent associé à celui de M. Charcot, car ce sont les mêmes sujets d'étude qu'il a poursuivis. Comme son maître, il ne se borne pas à produire lui-même, il excelle aussi à faire ressortir dans des thèses claires, complètes et précises par l'analyse des faits qu'elles contiennent, les idées personnelles qu'il leur a inspirées. L'enseignement qui consiste à transmettre aux élèves non seulement les connaissances que le professeur a acquises, mais aussi le mode même, la méthode à l'aide de laquelle il a pu s'enrichir de ses acquisitions, constitue à nos yeux la meilleure forme que puisse désirer le professorat.

Nous vous demandons, messieurs, la permission de vous exposer aussi rapidement que possible les travaux de M. Pierret, travaux qui sont la simple confirmation de ce que nous venons d'avancer.

Pour mettre un peu d'ordre dans notre exposé, nous examinerons les productions personnelles de l'auteur, puis les thèses soutenues dont il a donné l'idée, la part qu'il y a prise.

Les travaux de M. Pierret ont été publiés dans les *Archives de physiologie*, dans les *Bulletins de l'Académie des Sciences*, dans ceux de la Société de médecine de Lyon, dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, et dans les Bulletins de la Société de biologie, dont il eut l'honneur d'être secrétaire.

Parmi ses premières recherches, les principales portent sur l'ataxie locomotrice. Considérée par Trousseau comme une névrose de la sensibilité, entrevue par Duchenne de Boulogne comme une maladie de la moelle, elle fut pour la première fois localisée par MM. Luys et Bourdon dans les cordons postérieurs de la moelle. Les recherches de MM. Vulpian et Charcot précisèrent davantage les lésions, et à son tour M. Pierret, dans une *Note sur la sclérose des cordons postérieurs* (1872), décrit comme lieu d'origine de la sclérose les rubans externes des cordons postérieurs. Cette région affecte, comme vous le savez, la forme de deux bandes étroites côtoyant le bord interne des cornes postérieures. Ces rubans, ou filets radiculaires internes, comme les a aussi appelés M. Pierret, justement frappé de leurs rapports avec les racines postérieures, constituent la por-

tion externe des cordons postérieurs ; mais jusqu'alors on n'était pas fixé sur le rôle de la portion interne de ces mêmes cordons, cette portion désignée sous le nom de cordon de Goll. En 1873, M. Pierret publia une *Note sur un cas de sclérose primitif du faisceau médian du cordon postérieur, sans altération notable des portions externes.* Malgré l'étendue en hauteur de la lésion, il n'y avait eu aucun trouble dans les membres supérieurs, et les désordres de la locomotion différaient complètement de ceux de l'ataxie locomotrice, fait important qui contribua à confiner encore cette maladie dans les rubans externes. Dans un troisième travail : *Considérations anatomiques et physiologiques sur le faisceau postérieur de la moelle*, l'auteur s'appuyant sur l'embryologie, l'anatomie comparée et l'anatomie pathologique, conclut à la différenciation complète des portions internes et des portions externes de ces faisceaux. Enfin, dans un quatrième mémoire *sur l'atrophie musculaire qui complique l'ataxie locomotrice*, M. Pierret explique l'atrophie musculaire par une myélite produite par propagation le long des filets radiculaires internes, et la contracture par une sclérose secondaire propagée aux cordons latéraux. C'est le premier fait connu de sclérose combinée des cordons postérieurs et latéraux.

La *thèse inaugurale* de M. Pierret devait naturellement porter sur l'ataxie locomotrice ; il prit comme sujet : *Les symptômes céphaliques dans le tabes dorsalis.* Dans le cours de cette affection, on peut observer dans le domaine du trijumeau des troubles sensitifs et moteurs semblables à ceux qui se montrent dans le domaine des nerfs sensitifs et moteurs des membres ; ces troubles sont dus, d'après l'auteur, à la sclérose du trijumeau, portant sur sa racine descendante. Dans cette thèse, M. Pierret tente d'expliquer l'incoordination motrice de l'ataxie locomotrice par des insuffisances motrices partielles bornées à un ou plusieurs muscles. Ces paralysies partielles ont en effet été parfois constatées, mais elles ne suffisent pas, comme le fait remarquer M. le professeur Vulpian, pour expliquer l'incoordination motrice des ataxiques.

La *Revue mensuelle* de 1877 contient un autre travail de M. Pierret sur la *sclérose du nerf auditif chez certains tabétiques ;* c'est ce mémoire qui a fait connaître et a expliqué le vertige de Ménière chez des tabétiques.

Les autres lésions de la moelle épinière ne sont pas restées étrangères aux productions de M. Pierret; exemple : l'athrophie musculaire. L'atlas d'anatomie pathologique de M. Lancereaux contient, page 487, l'*examen* par M. Pierret *de la moelle dans un cas d'atrophie musculaire.*

La moelle épinière était saine, mais les nerfs périphériques très altérés ; cette observation est devenue le point de départ de toutes les recherches sur les atrophies musculaires sans lésions médullaires. En 1875, M. Pierret, dans une *Note sur deux cas d'atrophie musculaire progressive* faite en collaboration avec M. Troisier, établit nettement les relations entre l'atrophie des muscles et l'altération atrophique des cornes grises antérieures de la moelle.

Ici se trouvent décrites et interprétées les altérations des cellules nerveuses chez les vieillards. La *Revue mensuelle* de 1877 contient un cas observé par M. Pierret d'*atrophie musculaire progressive caractérisée au début par de la rétropulsion irrésistible.* L'auteur tente d'expliquer ces phénomènes par des insuffisances d'action de groupes musculaires modérateurs de certains autres groupes. Cette même théorie se retrouve soutenue par l'auteur en 1880 dans les bulletins de la Société de médecine de Lyon, dans son étude sur *une forme rhumatismale de la paralysie agitante.* Cette forme est liée à une sclérose spéciale des cordons postérieurs, se manifeste chez certains rhumatisants et entraîne une atrophie fibreuse des muscles. En 1876, M. Pierret publie une *Note sur un cas de myélite à rechute.* Une partie de l'histoire du malade lui a été fournie par notre collègue M. Dally. Dans ce travail, M. Pierret fait ressortir que les cellules araignées de Deiters, retrouvées par lui dans la sclérose en plaques de 1869, ne sont que des cellules conjonctives hypertrophiées sous l'influence de l'inflammation. Cette hypothèse a été confirmée par les recherches de M. Renaut sur les cellules étoilées du tissu conjonctif et par les travaux de M. Ranvier sur la névroglie.

Une *Note sur un cas d'atrophie périphérique du cervelet avec lésion concomitante des olives* relate le contraste dans ce cas entre l'intégrité du corps rhomboïdal et l'altération de la couche corticale cérébelleuse.

L'étude du système nerveux périphérique a également fixé l'attention de M. Pierret, car c'est à lui que l'on doit

la première description dans les *Archives de physiologie* (1874) de *la névrite vraie ou parenchymateuse.*

En 1879, 1880, 1881, M. le professeur Vulpian a présenté à l'Académie des sciences, au nom de M. Pierret, un premier mémoire où l'auteur établit une loi de concordance entre le volume des cellules sensitives ou motrices dans l'axe cérébro-spinal et entre la longueur des fibres motrices qui en partent et les fibres sensitives qui y aboutissent.

Dans un deuxième mémoire, l'auteur établit le siège des cellules où aboutissent les fibres sensitives des racines postérieures des paires nerveuses lombaires, dorsales et cervicales. Les lombaires et les dorsales se rendent en grande partie dans les colonnes de Clarke, les cervicales dans une série de noyaux échelonnés dans le bulbe et au-dessous des noyaux vrais du trijumeau.

Le troisième mémoire contient la description du système sensitivo-vaso-moteur des centres nerveux ; l'auteur établit que ce système est souvent lésé dans le tabes dorsalis et devient ainsi la source de phénomènes vaso-moteurs intéressants et peu connus.

Enfin, au congrès médical de Londres (août 1881), M. Pierret a synthétisé toutes ses idées sur le tabes dorsalis.

Tels sont, messieurs, et vous en voyez le nombre et l'importance, les travaux personnels de M. Pierret. Veuillez me permettre maintenant d'insister sur la valeur encore plus considérable de l'homme dans ses rapports avec l'enseignement, car l'ancien interne de la Salpêtrière est aujourd'hui, comme vous le savez, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Lyon et médecin en chef à l'asile de Bron. Au sortir de l'internat, d'ailleurs, M. Pierret avait été nommé à la Faculté de Paris au concours chef de clinique médicale adjoint.

La valeur de l'enseignement de M. Pierret se mesure à la valeur des thèses de ses élèves.

M. le Dr Putnam, élève de M. Pierret, dans sa thèse sur les *troubles vaso-moteurs dans l'évolution du tabes sensitif*, après avoir décrit les rapports de ces nerfs avec le tractus intermédio-latéral et, d'après son maître, avec le faisceau solitaire de Stilling, explique les différents troubles vaso-moteurs du tabes par une sclérose secondaire ou primitive de ces centres vaso-moteurs; des trente observations por-

tant sur des cas de sialorrhée, gastrorrhée, diarrhées, sudations anormales et éruptions cutanées observées chez les ataxiques, presque toutes ont été fournies par M. Pierret.

Un autre de ses élèves, le Dr Vesselles, dans sa thèse sur une forme rhumatismale de la paralysie agitante, reprend et soutient, avec nombreuses observations à l'appui, les idées que M. Pierret avait déjà émises dans les bulletins de la Société de médecine de Lyon.

M. Julliard, dans sa thèse (Étude critique sur les localisations spinales de la syphilis), met en relief, sur les indications de son maître, le groupement insolite, les caractères diffus et rémittents des symptômes médullaires dans la syphilis spinale, bien en rapport du reste avec les lésions constatées à l'autopsie. Ce sont, joints aux antécédents et au traitement quand il n'y a pas encore de sclérose, les meilleurs éléments de diagnostic. Le processus morbide offre une topographie remarquable que, d'accord avec M. Pierret, il considère comme spéciale aux lésions syphilitiques; ce processus occupe essentiellement le grand système lymphatique, représenté, dans le canal rachidien par les méninges, la névroglie et la gaîne adventice des vaisseaux.

Enfin un quatrième élève, M. Rougier, dans sa thèse sur la lypémanie et le délire de persécution chez les tabétiques, fait ressortir l'état lypémaniaque de beaucoup d'ataxiques état justifié d'ailleurs par leurs souffrances, s'organisant au fur à mesure que les organes des sens sont atteints, de sorte que leur contrôle de suppléance mutuelle disparaît, au point de pervertir le jugement du malade sur la nature et ensuite sur l'origine des troubles douloureux qui n'en continuent pas moins à persister. Mais d'ailleurs, messieurs, vous connaissez déjà cette thèse par l'étude qui vient d'en être faite dans la chronique du dernier fascicule des *Annales médico-psychologiques*.

Tous ces travaux, messieurs, présentent les mêmes caractères : exposé historique complet, observations méthodiquement recueillies, analyse logique des symptômes, contrôle sévère des autopsies, déductions en rapport direct avec les symptômes et les lésions; tout y est observé, contrôlé, discuté

Vous voyez, messieurs, que l'enseignement de M. Pierret, qui n'est d'ailleurs que le contre-coup de l'enseignement

magistral de la Salpêtrière, n'a pas tardé à porter des fruits. Rien d'étonnant d'ailleurs dans des résultats aussi brillants quand on songe que M. Pierret, depuis son installation à l'asile de Bron, a déjà créé une bibliothèque, un laboratoire et une collection de pièces anatomiques. Tels sont, messieurs, les titres de M. Pierret et qu'il invoque pour obtenir auprès de vous l'honneur d'être membre de notre Société médico-psychologique. Nous sommes heureux de vous les avoir présentés et nous sommes certain qu'en accueillant M. Pierret parmi nous, vous ne pouvez que resserrer les liens de notre Société avec nos nouvelles Facultés de province.

En conséquence, messieurs, votre commission a l'honneur de vous proposer de décerner à M. le professeur Pierret le titre de membre correspondant.

Les conclusions du précédent rapport, sont adoptées et M. Pierret est nommé membre correspondant, à l'unanimité des membres présents.

M. Paul Garnier. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Luys, Ball et Paul Garnier, d'examiner les travaux de M. Vallon, chef de clinique des maladies mentales de la Faculté, médecin adjoint de Sainte-Anne, candidat au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Nommé interne à l'asile Sainte-Anne, en 1878, M. Vallon ne devait pas tarder à prouver qu'il entendait mettre à profit les facilités qui s'offraient ainsi à lui, pour l'étude des maladies mentales. Dès l'année suivante, en effet, il tentait d'obtenir le prix Esquirol, en soumettant à votre appréciation un travail intitulé : « *Etude clinique sur les aliénés persécutés.* »

Si le but ne fut pas complètement atteint, la tentative n'en fut pas moins jugée honorable : une mention spéciale fut accordée à l'auteur, qui se promit à lui-même d'emporter vos suffrages au plus prochain concours.

Cette promesse fut tenue et, en 1880, vous décerniez le prix Esquirol à M. Vallon pour son mémoire : *Contribution à l'étude du délire partiel.*

Ces ouvrages ayant été l'objet de comptes rendus repro-

duits dans les *Annales médico-psychologiques* et leur valeur ayant été sanctionnée par vos votes, je n'entreprendrai pas, de vous en faire, à nouveau, l'exposé, préférant en venir de suite, après avoir rappelé ces débuts encourageants, à l'examen d'un travail d'une importance plus grande. *De la paralysie générale et du traumatisme dans leurs rapports réciproques*, tel est le titre de la thèse inaugurale soutenue, l'année dernière, par M. Vallon.

Le sujet, on le voit, ne manquait ni d'ampleur ni d'actualité. A coup sûr, c'est là une question dont la solution précise est fort difficile à trouver; et, pour ce qui est notamment de l'influence étiologique du traumatisme sur la production de la paralysie générale, de combien de précautions ne faut-il pas s'entourer pour éviter l'erreur?

Malgré le soin qu'on aura mis à s'en prémunir le plus possible, ne sera-t-il pas encore permis de suspecter l'exactitude d'une enquête et de prétendre, par exemple, qu'une blessure de tête n'a eu pour résultat que d'accélérer la marche d'une prédisposition morbide préexistante, ou bien encore, qu'une chute violente, considérée comme le traumatisme causal, a été simplement un effet (étourdissement, attaque épileptiforme) et non point la cause de l'encéphalite interstitielle diffuse?

Je m'empresse de dire que M. Vallon s'est tenu en garde contre ces interprétations erronées, et qu'il a fait de louables efforts pour laisser peu de prise à la controverse. Toutefois, il est le premier à convenir que la difficulté d'établir la succession régulière des phénomènes est souvent insurmontable. De là, les quelques lacunes que l'on constate parmi les dix-huit observations qu'il rapporte comme exemples, de l'origine traumatique de la paralysie générale, lacunes dont on ne saurait le rendre responsable et qui ne sont qu'imputables à la nature même de ce genre de constatation.

Quoi qu'il en soit, M. Vallon n'hésite pas à avancer que l'encéphalite diffuse reconnaît pour cause, dans un bien plus grand nombre de cas qu'on ne le croit généralement, un coup ou une chute sur la tête, en dehors même de toute prédisposition.

La maladie peut débuter peu de jours après l'accident; mais, le plus souvent, les lésions restent latentes, pendant un intervalle de temps assez long, analogues à ces volcans

momentanément éteints, entrant tout à coup en éruption, pour employer une comparaison de M. le professeur Lasègue qui a tant contribué, comme on sait, à appeler l'attention sur l'importance de l'ictus initial, dans la paralysie générale.

M. Vallon ne s'est pas borné à déterminer le rôle du traumatisme crânien, dans la production de la méningo-encéphalite diffuse, il s'est encore préoccupé de rechercher quelle est l'allure imprimée, par cette maladie, aux affections chirurgicales intercurrentes, et la façon dont se comportent les paralytiques généraux opérés. D'accord en cela avec la plupart des observateurs, il croit à une raréfaction du tissu osseux qui prédispose aux fractures et rend la formation du cal lente et incomplète. Quant au traumatisme des parties molles, il donne lieu ordinairement à une suppuration abondante, suppuration qui exerce une heureuse influence sur la marche de la paralysie générale, constatation dont la suite rationnelle est l'intervention thérapeutique par les sétons, et les cautérisations. Il résulte, en outre, de quelques faits remarquables, observés par M. Vallon, que cette affection, même à la dernière période, ne constitue pas une contre-indication aux opérations chirurgicales relativement graves, non plus qu'à l'anesthésie, il serait même possible d'obtenir la réunion par première intention.

Je terminerai ce que j'avais à dire au sujet de cette thèse importante en ajoutant que l'exposition en est claire, précise et méthodique et que, de plus, elle a été récompensée par la Faculté.

Parmi les autres travaux de M. Vallon, je citerai encore un mémoire paru, sous le titre de *Othématome*, dans le journal *l'Encéphale*, publication à laquelle notre laborieux confrère est actuellement attaché, en qualité de secrétaire de la rédaction.

Il s'en faut, vous le savez, messieurs, que les observateurs s'entendent sur la nature des tumeurs sanguines de l'oreille qui se développent fréquemment chez les aliénés. Pour les uns, l'hématome est dû à des causes internes, locales ou générales; pour d'autres, à des causes externes —traumatisme, froid, etc.— Il en est enfin qui, adoptant un *mezzo termine*, admettent l'intervention de ces deux influences réunies. Mais si on est divisé sur la question d'étiologie, on ne l'est

pas moins sur la pathogénie et le siège anatomique de la lésion.

L'épanchement est-il situé entre le cartilage et le périchondre, qui formerait alors la paroi externe de la tumeur, ou bien dans le tissu cellulaire? Ces deux opinions ont chacune leurs partisans déclarés. Pourquoi de telles divergences, se demande M. Vallon? Ne doit-on pas en attribuer la cause à l'époque, trop éloignée du début, à laquelle on a examiné la lésion? Il est rare, en effet, qu'on soit à même d'étudier les hématomes de formation récente. Le plus souvent, quand le malade meurt, le sang est résorbé, le pavillon est plus ou moins déformé.

M. Vallon a eu l'occasion d'observer un othématome datant d'une quinzaine de jours, chez un mélancolique, mort d'une pneumonie, et a pu, en étudiant ainsi la tumeur avant toute déformation du cartilage, prendre sur le fait le processus anatomique et se rendre compte, non seulement du siège de l'épanchement, mais encore de son point de départ: l'extravasation sanguine avait été d'abord intrapérichondrique et ce n'est que consécutivement qu'elle était devenue sous-cutanée.

Une autre particularité sur laquelle M. Vallon attire l'attention, dans cette intéressante observation, est l'existence de suffusions sanguines sur le cerveau, fait qui lui paraît pouvoir donner lieu à l'interprétation suivante : les petits épanchements sanguins encéphaliques et la tumeur du pavillon de l'oreille sont des accidents similaires qui se sont produits sous l'influence des mêmes conditions pathogéniques, à savoir l'état de congestion de l'extrémité céphalique. En conséquence, ce sont les troubles circulatoires de la tête qui, en dernière analyse, jouent le principal rôle dans la production de l'hématome.

Messieurs, l'exposé bien rapide de ces divers travaux suffit cependant à démontrer que leur auteur est de ceux auxquels vous faites, d'ordinaire, bon accueil, quand un légitime désir les pousse à solliciter l'honneur de faire partie de la Société médico-psychologique.

C'est donc avec confiance que votre commission vous propose de lui décerner le titre de membre correspondant.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées, et M. Vallon

est nommé membre correspondant, à l'unanimité des membres présents.

Des garanties apportées à la sortie des aliénés des établissements publics et privés.

M. Motet. — Messieurs, à votre dernière séance, M. Dally, faisant allusion à une affaire récente, demandait quelles étaient, au point de vue des sorties des aliénés des asiles ou des établissements privés, les garanties données par la loi, à la société, à la famille, à l'aliéné lui-même.

C'est pour répondre à la question posée par notre honorable collègue que je prends la parole.

La loi du 30 juin 1838, que tant de personnes attaquent sans la bien connaître, peut-être même sans l'avoir jamais lue, n'a pas été seulement une loi de police, elle est aussi une loi d'assistance. Les législateurs, préoccupés d'assurer à l'aliéné les soins que son état réclame, ont voulu que l'admission pût être prompte, et ont écarté toutes les formalités qui seraient devenues une cause de retards, aussi préjudiciables souvent à l'intérêt du malade qu'à celui de la famille et de la société.

Mais il leur parut d'autant plus nécessaire aussi de rendre les sorties promptes et faciles qu'ils avaient plus réduit les formalités de l'admission.

Respectueux de la liberté individuelle, ne voulant pas plus qu'elle fût compromise par un placement non justifié que par un séjour prolongé dans l'asile, ils ont largement ouvert les portes des établissements d'aliénés, créé pour tout le monde le droit de réclamer la sortie, édicté des pénalités contre les médecins ou les directeurs qui l'auraient retardée ou refusée. Je passerai en revue tous les articles qui visent les sorties dans le cas de guérison constatée, les sorties réclamées par un ayant droit, même avant la guérison, et enfin les articles qui permettent à l'autorité administrative et à l'autorité judiciaire d'intervenir, toutes les fois qu'elles le jugent utile ou qu'elles sont directement saisies.

L'article 13 dit expressément : « Toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré

sur le registre énoncé en l'article précédent que la guérison est obtenue. — S'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit, il sera donné immédiatement avis de la déclaration du médecin aux personnes auxquelles il devra être remis et au procureur du roi. »

Cet article est impératif. Qu'il s'agisse d'un placement volontaire ou d'un placement d'office, les directeurs auxquels les médecins ont signalé la guérison doivent, sans délai, aviser dans le premier cas la personne à laquelle l'aliéné doit être remis, dans le second, le préfet qui statue immédiatement. Il n'a pas le pouvoir de s'opposer à la sortie dans ce cas, la loi ne le lui réserve que dans des conditions toutes spéciales qu'elle a nettement précisées.

Il ne suffisait pas de prévoir les sorties par suite de guérison. C'eût été réduire le droit des familles, mettre obstacle à la sortie d'aliénés devenus inoffensifs, et qui pouvaient trouver dans le dévouement, dans la sollicitude de leurs proches, des conditions d'existence sinon meilleure, du moins plus libre que celle qui leur était imposée à l'asile. Il était juste que cette facilité apportée à la sortie, même en dehors des cas de guérison, n'eût d'autre limite que l'intérêt bien entendu de l'aliéné, que la sauvegarde de la sécurité publique. Les législateurs de 1838 ont apporté à la rédaction de l'article 14 un soin méticuleux. Ils ne se sont pas dissimulé que la facilité grande qu'ils laissaient pouvait avoir peut-être quelques inconvénients, et ils ont cherché à les atténuer. Mais rien n'a prévalu devant eux contre cette idée haute qu'ils n'ont jamais voulu éloigner d'eux : « Il faut que, si l'entrée est facile, la sortie ne le soit pas moins. »

Voici le texte de l'art. 14 :

« Avant même que les médecins aient déclaré la guérison, toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue, dès que la sortie sera requise par l'une des personnes ci-après désignées, savoir :

1° Le curateur, nommé en exécution de l'art. 38 de la présente loi ;

2° L'époux ou l'épouse;

3° S'il n'y a pas d'époux ou d'épouse, les ascendants ;

4° S'il n'y a pas d'ascendants, les descendants ;

5° La personne qui aura signé la demande d'admission, à moins qu'un parent n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle

use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ;

6° Toute personne à ce autorisée par le conseil de famille.

S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant droit qu'il y a dissentiment, soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille prononcera.

Néanmoins si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état mental du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, il en sera donné préalablement connaissance au maire, qui pourra ordonner immédiatement un sursis provisoire à la sortie, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet. Ce sursis provisoire cessera de plein droit à l'expiration de la quinzaine, si le préfet n'a pas, dans ce délai, donné d'ordre contraire, conformément à l'art. 21 ci-après. L'ordre du maire sera transcrit sur le registre tenu en exécution de l'art. 12.

En cas de minorité ou d'interdiction, le tuteur pourra seul requérir la sortie. »

Cette interprétation si large trouva à la chambre des députés des adversaires convaincus. On craignit que l'aliéné, non guéri, fût réclamé par des intéressés disposés à abuser de sa faiblesse, et M. de Golbéry demanda que l'avis du conseil de famille intervînt toujours dans le cas de sortie avant la guérison. Mais le rapporteur, M. Vivien, lui répondit que ce serait créer des obstacles très graves à la sortie. Ce serait vouloir qu'un père lui-même, qui aura mis sa fille dans une maison d'aliénés pour y recevoir les soins que sa santé exige, soit tenu d'assembler le conseil de famille, et de lui demander la permission de reprendre sa fille.

« Un mari, disait-il, a eu la douleur de placer sa femme dans un établissement d'aliénés, faudra-t-il qu'il assemble le conseil de famille et qu'il lui demande la permission de reprendre sa femme? Il suffit d'indiquer la portée de l'amendement de M. de Golbéry pour que la chambre ne l'adopte pas. »

M. Billanti se plaça entre M. de Golbéry et M. Vivien, et le ministre se rangea à son avis :

« Il est très bien, dit-il, que vous accordiez au père, à la

mère, à l'époux, à l'épouse, le droit de retirer sans contrôle, soit leur époux, soit leur fils, parce qu'il y a là un lien de famille et d'affection tellement sacré qu'il me semble devoir prédominer toute inquiétude de préoccupation pécuniaire. Mais si, vous étendant aux degrés plus éloignés de la famille, vous arrivez au frère, à la sœur, aux descendants, la question devient plus délicate; il peut surgir dans la famille de graves et déplorables rivalités d'intérêt. Entre enfants du même père, ou frères et sœurs du même individu frappé d'aliénation mentale, l'affection disparaît trop souvent devant les jalousies pécuniaires. Bien des familles ont donné ce douloureux exemple.

Pouvez-vous exposer la société à voir un malheureux père frappé d'aliénation mentale, ne s'appartenant plus, et que des enfants se disputeront, les uns en le faisant enfermer, les autres en le faisant sortir, dans le but d'une vile spéculation d'intérêt? Ne redouterez-vous pas encore plus le même danger entre collatéraux à l'égard de leur frère insensé ?

L'affection paternelle, l'affection conjugale, vous donnent une sainte et suffisante garantie de désintéressement; mais malheureusement il n'en est pas de même des affections collatérales. Elles ont bien souvent fait place à des haines, à des débats scandaleux.

Par ces motifs, corrigeant ce qu'a de trop absolu l'amendement de M. de Golbéry, je propose d'exiger la délibération préalable du conseil de famille pour tous autres parents que les ascendants ou époux. »

La chambre des pairs y voulut ajouter, et avec raison, la personne qui a signé la demande d'admission. L'art. 14 sortit de ces délibérations tel que nous le trouvons dans la loi. Il est précis, il est d'une interprétation facile; il a été dicté par le désir de rendre à la liberté, à la vie de famille, même avant sa guérison, tout aliéné réclamé par l'un des siens, qui s'engage à lui accorder la surveillance et les soins que son état peut réclamer encore. Ce n'est que dans le cas où l'aliéné pourrait compromettre l'ordre public, la sécurité des personnes, que l'autorité administrative avertie peut et doit intervenir (art. 21).

Qu'il puisse y avoir des inconvénients à ces sorties trop faciles, personne ne le contestera. Mais quelle est la loi qui peut tout prévoir? Faudra-t-il, parce que malgré les inten-

tions du législateur, ceux sur l'affection et le dévouement desquels il avait cru pouvoir compter ont abusé de la situation d'un aliéné, enlever à la loi son caractère d'humanité, la ramener à une formule plus sévère, plus étroite? Tel n'est pas notre avis ; la commission de revision de la loi de 1838 n'a pas cru, elle non plus, qu'il fallût modifier les dispositions générales de l'art. 14. Elle a seulement ajouté aux termes : « l'ordre public ou la sûreté des personnes », ceux-ci : « *et sa propre sûreté.* »

Les préoccupations de notre honorable collègue, M. Dally, trouveront, je l'espère, dans cette addition, quelque chose qui les calmera. Elles se sont éveillées à l'occasion d'un fait récent, dont l'opinion publique se montre fort émue, et sur lequel il faudra que la lumière se fasse. Je ne veux pas le discuter en ce moment. Je veux dire seulement qu'un médecin, chef d'un établissement public ou privé, ne peut pas, à propos d'un placement volontaire, refuser de rendre à un père, à une mère qui le réclame, un aliéné même non guéri, lorsqu'il n'est pas dangereux pour l'ordre public ou la sûreté des personnes. S'il s'y refusait, il violerait la loi et tomberait sous le coup de l'art. 120 du code pénal qui vise les détentions arbitraires et les punit de six mois à deux ans d'emprisonnement, et d'une amende de 16 francs à 200 francs.

On a pu s'étonner que, dans le cas auquel je faisais allusion, la sortie ait été aussi précipitée, qu'elle ait suivi d'aussi près le placement. Je n'ai pas à examiner les conditions dans lesquelles elle a été réclamée, ni à dire ce qu'il eût convenu de faire pour protéger efficacement une aliénée qui avait réellement besoin de protection, je ne prétends à rien de plus que démontrer ceci : le chef de l'établissement que ne couvrait aucun ordre de l'autorité administrative, n'avait pas le droit de retenir une fille réclamée par sa mère.

L'art. 15 complète l'article précédent. De même qu'il a fallu notifier l'entrée du malade au préfet, dans les vingt-quatre heures de l'admission, de même il faut notifier la sortie dans le même délai, en faisant connaître, autant que possible, le lieu où l'aliéné aura été conduit. Le législateur a voulu ainsi permettre à l'autorité administrative de suivre l'aliéné non guéri, sorti de l'asile, et pouvant avoir besoin encore de surveillance.

Ce n'est pas tout. L'art. 16 donne au préfet un droit absolu. Il peut faire sortir immédiatement toute personne placée volontairement dans un asile d'aliénés. Cette disposition a paru excessive à plusieurs des membres de la commission de revision de la loi; d'un commun accord, il a été décidé que le préfet ne pourrait pas prendre une mesure aussi radicale sans avoir demandé l'avis du médecin de l'établissement. Cette réserve est-elle suffisante? Oui, si elle laisse le temps de saisir le tribunal et de lui demander de prononcer conformément à l'art. 29. Non, si le médecin n'ose pas affronter un conflit avec l'autorité préfectorale. Il est vrai de dire que, dans la pratique, il n'y a pas que nous sachions, d'exemple d'abus de pouvoir, et que jusqu'à ce jour, les préfets ont apporté dans l'exercice de ce droit la plus grande réserve. Il suffit qu'il puisse n'en pas toujours être ainsi, au grand dommage des familles, de la société, de l'aliéné lui-même, pour qu'une restriction, qui n'a rien d'ailleurs d'excessif, soit formulée dans la loi nouvelle.

L'article 17 décide que l'interdit ne pourra être remis qu'à son tuteur, et le mineur qu'à ceux sous l'autorité desquels il est placé par la loi.

Par l'article 23, les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements sont tenus de notifier au préfet qui statuera sans délai, l'opinion du médecin déclarant que la sortie peut être ordonnée. Cette disposition s'applique surtout aux placements d'office. Il est tout naturel, en effet, que l'autorité administrative qui avait ordonné le placement, d'office, soit avisée que les motifs qui l'avaient rendu nécessaire ont cessé d'exister, et qu'un arrêté de sortie réponde à l'arrêté de maintenue.

Mais de toutes les dispositions de la loi, la plus importante, celle qui sauvegarde le plus efficacement peut-être la liberté individuelle, c'est l'article 29. Il dit expressément :

« Toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur si elle est mineure, son curateur, tout parent ou ami, pourront, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation de l'établissement qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Les personnes qui auront demandé le placement, et le

procureur du roi, d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins.

Dans le cas d'interdiction, cette demande ne pourra être formée que par le tuteur de l'interdit.

La décision sera rendue sur simple requête, en chambre du conseil et sans délai, elle ne sera pas motivée.

La requête, le jugement et les autres actes auxquels la réclamation pourrait donner lieu, seront visés pour timbre et enregistrés en débet.

Aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées, soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, ne pourront être supprimées ou retenues par les chefs d'établissement, sous les peines portées au titre III, ci-après. »

Ainsi, à quelque époque que ce soit, le malade, sa famille, ses amis, peuvent se pourvoir devant le tribunal pour obtenir la sortie. Que le placement ait été volontaire ou d'office, peu importe, le tribunal statue sans délai, il peut casser un ordre administratif, et il n'est pas tenu de motiver sa décision. Et pour laisser à tous libre accès près de la justice, le législateur a voulu que le tribunal fût saisi par une simple réclamation du malade. Il n'est pas nécessaire de constituer avoué, il suffit d'une lettre, il n'y a pas de provision à faire, les actes sont visés pour timbre et enregistrés en débet. Pour prévenir tout éclat, pour éviter tout conflit entre l'autorité judiciaire et l'autorité administrative, la décision est rendue en chambre du conseil, et n'est pas motivée. Elle est signifiée au réclamant, et elle a, immédiatement, son plein et entier effet, à moins cependant que, sans aucun retard, il ne soit interjeté appel. Là, comme toujours, l'appel est suspensif.

Quoi de plus tutélaire que cette disposition de la loi qui place, « *à quelque époque que ce soit*, » l'aliéné sous la sauvegarde de l'autorité judiciaire? Il semblerait cependant que l'interdit serait excepté de ces larges et protectrices facilités. Il n'en est rien, puisque le procureur du roi, d'office, peut produire la demande de sortie formulée par l'interdit. Dans quelques cas, très rares, il faut le dire, le tribunal s'est prononcé pour la sortie, contrairement à l'avis du médecin; il n'y a pas même lieu de s'en plaindre : l'intérêt que le pouvoir judiciaire est chargé de défendre est d'un ordre tellement supérieur, qu'il est bon que sa prérogative ne soit en rien affaiblie.

Si les détracteurs de la loi s'étaient jamais pénétrés du sens, de la portée de cet article 29, s'ils avaient su combien souvent les tribunaux sont appelés à statuer conformément à lui, ils se seraient tus devant une formule dont la lettre et l'esprit donnent toute satisfaction. Mais combien peu connaissent ces dispositions si libérales? Combien peu savent que, par surcroît, la loi, dans son article 40, dit que « le ministère public sera entendu dans toutes les affaires qui intéressent les personnes placées dans un établissement d'aliénés, lors même qu'elles ne seraient pas interdites »?

Qui connaît la sanction pénale? — En prenant la parole pour répondre à la préoccupation de notre honorable collègue, M. le Dr Dally, je savais, je vous l'ai déjà dit, qu'il s'était ému de la sortie d'une maison de santé, d'une malade autour de laquelle il s'est fait beaucoup de bruit. J'ai rappelé l'article 14, en vertu duquel cette sortie avait été demandée. — Voici la sanction de tous les articles relatifs à la sortie; on verra que le chef d'établissement n'a pas le choix, qu'il ne doit, qu'il ne peut que se conformer à la loi, sous peine d'engager gravement sa responsabilité.

Art. 30 — « Les chefs, directeurs ou préposés responsables ne pourront, sous les peines portées par l'article 120 du code pénal, retenir une personne placée dans un établissement d'aliénés, dès que la sortie aura été ordonnée par le préfet, aux termes des articles 16, 20, 23, ou par le tribunal, aux termes de l'article 29, ni lorsque cette personne se trouvera dans les cas énoncés aux articles 13 et 14. »

J'ai fini, messieurs. J'aurais pu développer plus longuement encore ma pensée. Mais il me semblait que, devant vous, si au courant d'une législation que vous êtes habitués à respecter, à suivre scrupuleusement chaque jour, il était inutile de présenter une discussion plus approfondie. Ce que j'ai voulu surtout, c'était montrer combien était précise la loi de 1838, que pour tout ce qui regarde les sorties en particulier, elle a pour but de les rendre aussi faciles que possible, et de protéger dans la plus large mesure la liberté individuelle, qui, nous pouvons l'affirmer hautement, n'a jamais été compromise par nous.

M. Foville. — Messieurs, au sujet de la communication si intéressante de M. Motet, je désire appeler votre attention

sur un point qui est d'une importance considérable : il s'agit de l'article 29 de la loi.

Un malade qui, en vertu de cet article, a demandé sa sortie de l'asile, et se l'est vu refuser, a-t-il le droit de faire appel de cette décision rendue en chambre du conseil? Je ne sais, messieurs, s'il vous a été donné de voir statuer sur de pareilles demandes, mais, quant à moi, voici le fait que j'ai eu l'occasion d'observer : un malade réclame sa sortie et ne l'obtient pas de la chambre du conseil; la chambre d'appel ayant été saisie, est intervenue pour casser la décision de la première chambre. — La réintégration fut jugée nécessaire, du reste, à bref délai. De nouveau, cet individu écrit pour être mis en liberté, et devant le refus de la première chambre s'empresse d'interjeter appel; cette fois la décision fut respectée.

Il serait important de savoir si, d'après la nouvelle loi, un malade maintenu par décision de la chambre du conseil aura le droit d'interjeter appel. Mais il y a plus, ou pour mieux dire, il y a aussi la contre-partie. Le parent, par exemple, qui a obtenu le placement de l'un des siens, a-t-il le droit de faire appel de la décision en vertu de laquelle le malade, déclaré guéri, va être rendu à la liberté? La faculté de ce recours impliquerait sans doute, dès lors, une procédure spéciale pour la mise en liberté. Il semble qu'il serait indispensable que la famille fût prévenue de la sortie imminente, laquelle ne pourrait devenir effective qu'après un délai qui permettrait aux intéressés d'interjeter appel de la décision qui l'a autorisée.

La question, on le voit, vaut la peine d'être discutée, et je fais appel à mes honorables collègues pour savoir si de pareils cas se sont présentés à eux.

M. Blanche fait remarquer que de concert avec MM. Foville et Christian, il a eu à formuler des conclusions sur une demande en interdiction : appel fut interjeté de la sentence et le malade fut mis en liberté. La nécessité de prévoir de telles circonstances dans la nouvelle loi semble indiscutable.

M. Foville. — Je me rappelle fort bien le fait auquel vient de faire allusion M. Blanche; mais l'analogie n'est point complète, car il s'agissait là d'un cas jugé en séance publique, tandis que pour la sortie d'un malade, la décision est rendue en chambre du conseil, et n'est point publique.

Dans la question spéciale que j'ai l'honneur de soumettre à la Société, je crois, pour ma part, que rien ne s'oppose à ce que les décisions soient susceptibles d'appel.

M. Blanche. — La chose méritait au moins d'être discutée au sein de la commission.

M. Motet fait remarquer que l'intervention de la famille ne peut avoir d'effet suspensif, et que la mise en liberté doit être immédiate.

M. Blanche. — Il en est ainsi d'après les termes de la loi, mais il pourrait être bon qu'il en fût autrement.

M. Foville. — Il me semble que ce ne serait pas détruire le libéralisme de l'article 29 de la loi, que d'y insérer un chapitre additionnel contenant l'obligation de prévenir la famille de la décision prise afin de lui permettre de présenter ses objections, de lui donner le temps d'énoncer les raisons pour lesquelles elle redoute la sortie qui vient d'être autorisée.

M. Motet. — Dès l'instant que la liberté individuelle est en jeu, il n'y a pas de raison de surseoir : la décision rendue doit avoir son effet immédiat.

M. Dagonet fait remarquer qu'en pareil cas, la responsabilité du médecin est complètement dégagée.

M. Blanche.—Assurément, mais il ne s'agit pas là seulement de la responsabilité du médecin, et la question est autre.

M. Baume. — Quoiqu'il soit téméraire à moi d'intervenir dans cette discussion, je ne puis m'abstenir, étant donnée l'importance de cette question, de signaler le fait suivant que j'ai eu l'occasion d'observer : sous prétexte qu'aucune autorité n'avait ordonné la séquestration d'un aliéné, le tribunal, sans plus ample information, ordonna la sortie immédiate du malade. Or, en réalité, le préfet du département était intervenu pour ordonner le placement.

Ceci dit pour montrer comment certains magistrats se préoccupent d'examiner les dossiers.

M. Falret. — Je demanderais seulement à dire deux mots au sujet de la communication de M. Motet. Dans les commentaires dont il a fait suivre la lecture des principaux articles de la nouvelle loi, il y a trois points qu'il n'a pas abordés. Ce sont :

1° Les sorties à titre d'essai ;

2° Le traitement à domicile des aliénés inoffensifs ;

3° La situation des aliénés criminels.

Voilà trois questions qui méritent d'être discutées à fond, et je demande qu'on les maintienne à l'ordre du jour de la prochaine séance.

M. MOTET. — M. Falret a complètement raison d'insister sur l'importance des points qu'il vient de nous signaler, et je suis le premier à désirer que la Société les discute longuement.

La séance est levée à six heures.

PAUL GARNIER.

SEANCE DU 9 AVRIL 1883.

Présidence de M. MOTET.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le *Bulletin* du manicome du Dr Funaioli.

2° Un travail intitulé : La *Revue anatomique et histologique de deux cas de paralysie dite spinale spasmodique*, par le professeur Léonard Bianchi, de Naples.

3° Le *Bulletin du manicome privé de Fleurent.*

4° Les Œuvres politiques et scientifiques d'Emile Delomier, électricien.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Foville, qui demande à être compté de nouveau au nombre des membres titulaires de la Société médico-psychologique. — M. Foville est nommé à l'unanimité membre titulaire.

2° Une lettre de remerciement adressée par M. Pierret. nommé membre correspondant de la Société.

3° Une lettre de M. Calixte Rougé, qui demande à faire partie de la Société médico-psychologique comme membre correspondant.

Une commission composée de MM. Magnan, Charpentier, Bouchereau, rapporteur, est chargée d'examiner les titres du candidat.

Mort de M. le professeur Lasègue.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture d'une notice sur M. le professeur Lasègue, et des paroles qu'il a prononcées sur sa tombe. (V. *Ann. méd. psych.* no de mai 1883, p. 485). Puis il propose, en signe de deuil, et en souvenir de la présidence de M. le professeur Lasègue, de lever la séance.

La séance est levée à cinq heures.

CHARPENTIER.

SÉANCE DU 30 AVRIL 1883.

Présidence de M. MOTET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance imprimée comprend:

1° Un travail sur les eaux de Brides du docteur Philbert.

2° *Bulletin du manicome de Fleurent.*

La correspondance manuscrite comprend:

1° Une lettre de candidature au titre de membre titulaire de la Société médico-psychologique adressée par M. Gilbert Ballet.

Une commission composée de MM. Legrand du Saulle, Paul Moreau (de Tours), Charpentier, rapporteur, est désignée pour examiner les titres de M. Ballet.

2° Une lettre d'excuse de M. Garnier qui ne peut assister à la séance.

M. LAURENT, membre correspondant, présente à la Société une brochure intitulée: *Du chauffage des voitures et du danger de l'emploi des briquettes, charbons ou combustibles agglomérés*, et un volume d'un journal sur l'hygiène des enfants en bas âge.

Rapport sur le prix Esquirol.

M. COTARD. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous rendre compte des travaux de la commission du prix Esquirol, composée de MM. Baillarger, Lunier, Mitivié, Foville et Cotard, rapporteur.

Trois mémoires ont concouru cette année:

Le mémoire n° 1 est intitulé : *De l'influence de l'ictus épileptique sur l'état mental préexistant (normal ou pathologique)*.

Ce titre a besoin d'explication. Il ne s'agit pas, en effet, de l'action que les attaques plus ou moins fréquentes peuvent exercer sur l'état mental de l'épileptique ; c'est l'action inverse, des dispositions mentales préexistantes sur les phénomènes psychiques de l'ictus, sur les manifestations délirantes de l'état de mal, que l'auteur a pris pour objet d'étude.

Il s'est proposé de démontrer que les actes inconscients de l'épileptique sont la conséquence directe des conceptions délirantes ou des préoccupations qui dominaient l'esprit des malades, soit au moment où l'accès a éclaté, soit à une époque plus ou moins reculée.

C'est là, messieurs, une proposition généralement vraie et dont chacun de vous a certainement eu l'occasion de constater l'exactitude. Je dois ajouter que c'est une vérité déjà connue. M. J. Falret a indiqué comment, chez certains malades, des sentiments préexistants de haine ou de vengeance sont excités par le mal épileptique et dirigent les actes inconscients; comment, chez d'autres individus, chacun des accès renouvelle la scène effrayante qui a déterminé la maladie pour la première fois. On sait aussi que des phénomènes du même ordre s'observent dans les attaques hystéro-épileptiques.

L'auteur du mémoire n° 1 a le tort de nous présenter ces faits comme s'il avait été le premier à les observer, il a le tort de ne pas même citer l'ouvrage aujourd'hui classique de M. J. Falret.

Mais, je me hâte de le dire, l'auteur ne s'est pas borné à confirmer par de nouvelles observations ce que nous connaissions déjà ; il a cherché à pénétrer plus avant dans la connaissance de ce côté si intéressant de l'épilepsie.

Passant successivement en revue les épileptiques non aliénés, les épileptiques alcooliques et les épileptiques vésaniques, il a démontré que lorsque le délire est à demi effacé ou latent, l'ictus le fait réapparaître.

De même que chez l'alcoolique frappé de traumatisme, d'une affection aiguë ou même, comme l'a établi M. Motet, d'un simple choc moral, le délire toxique se réveille chez l'alcoolique frappé d'une attaque épileptique.

Dans les mêmes conditions chez le vésanique, les idées mélancoliques et les dispositions impulsives prennent une intensité toute particulière.

On peut, dit l'auteur, considérer le choc épileptique comme une sorte de pierre de touche de l'état cérébral.

C'est là, messieurs, un fait curieux qui n'avait pas, que je sache, été mis en lumière d'une manière aussi précise. C'est là aussi le point capital du mémoire, et l'auteur était évidemment préoccupé de cette influence de l'attaque sur le délire effacé ou latent, lorsqu'il a choisi ce titre un peu obscur : De l'influence de l'ictus épileptique sur l'état mental préexistant.

Il y a lieu de se demander maintenant si l'auteur ne s'est pas laissé aller à exagérer sa thèse, s'il n'a pas voulu trop réduire l'influence propre du mal épileptique. S'appuyant sur l'autorité de Jackson, il semble n'attribuer à l'attaque au point de vue de la production du délire, qu'une action purement négative : l'ictus supprime seulement l'action directrice et modératrice des centres psychiques supérieurs, il facilite les manifestations du délire sans contribuer le moins du monde à le créer. En un mot, l'ictus épileptique ouvre carrière à l'automatisme, il *lâche la bête* et ne la dirige en aucune manière.

Je le répète, messieurs, cette opinion est trop absolue. L'épilepsie crée par elle-même une disposition mentale particulière. Cet état d'hébétude et d'irritabilité temporaires que produit ordinairement l'attaque finit par devenir habituel à mesure que les attaques se renouvellent, et sur ces dispositions mentales d'irritabilité germent aisément certaines idées délirantes, quelquefois une espèce de délire de persécution plus ou moins fruste. Si, de plus, on considère la fréquence, l'intensité et le caractère spécial des hallucinations qui accompagnent si souvent l'attaque, le caractère non moins spécial des actes que commet l'épileptique en état de mal, on sera obligé d'admettre que l'épilepsie n'a pas seulement une action négative, mais qu'elle imprime un cachet tout particulier aux manifestations qu'elle détermine.

Cette influence propre de l'épilepsie paraîtra peut-être plus évidente encore, si l'on compare l'automatisme de l'épileptique avec l'automatisme du somnambule ou même de l'hystéro-épileptique.

Je termine l'analyse du mémoire n° 1 par une dernière critique.

Après avoir étudié successivement les épileptiques simples, les alcooliques et les vésaniques, l'auteur n'aurait-il pas dû examiner aussi l'influence de l'ictus sur les paralytiques ?

On sait quelle est, chez ces malades, la mobilité et la multiplicité du délire qui peut affecter presque toutes les formes vésaniques. Que produit l'ictus dans ce terrain mouvant? que fait-il apparaître le plus souvent à la surface?

Peut-être trouverait-on là des indications pour déterminer ce que j'appellerais volontiers les affinités délirantes de l'épilepsie.

Le mémoire n° 2 est intitulé : *De quelques spasmes dans la folie.*

L'auteur cherche à établir entre certains spasmes et les troubles psychiques les rapports suivants :

Tantôt les spasmes précèdent le délire et constituent une sorte d'aura, tantôt ils l'accompagnent, se développant et diminuant simultanément ; tantôt enfin le spasme et le délire alternent et se remplacent mutuellement.

Dans certains cas de monomanie impulsive, l'idée fixe n'est autre chose qu'un spasme convulsif de certaines régions inconnues de l'encéphale ; l'impulsion au suicide et à l'homicide n'est qu'un tic psychique de même nature que les tics musculaires.

Telles sont, en substance, les conclusions de ce mémoire, conclusions qu'on peut qualifier d'ingénieuses, mais qui ne s'appuient ni sur des arguments, ni sur des faits suffisamment probants. Des erreurs de pathologie qu'il serait fastidieux de relever m'autorisent, je crois, à passer au mémoire n° 3.

Ce mémoire est de beaucoup le plus volumineux des trois. Cent quatre-vingt-treize pages d'écriture serrée et quarante-six observations minutieusement détaillées représentent un travail considérable.

Le sujet est certainement des plus intéressants, il s'agit des *vertiges chez les aliénés*. L'auteur étudie successivement les vertiges chez les vésaniques, chez les paralytiques, chez les alcooliques, chez les épileptiques et chez les déments. On peut accepter cette classification, insuffisante cependant à bien des égards. Mais ce n'est pas assez de classer les aliénés

vertigineux d'après la forme d'aliénation dont ils sont atteints, il faudrait surtout déterminer les diverses espèces de vertiges dont peuvent être atteints les aliénés. L'auteur a négligé complètement ce côté capital de la question, il n'a pas compris qu'il y avait à faire un double classement et à chercher des rapports entre les diverses espèces de vertiges et les diverses formes d'aliénation.

Cette grave omission s'explique par l'idée que l'auteur se fait de la nature du vertige. Pour lui, il n'y a que des différences d'intensité entre les différents vertiges ; on peut observer tous les degrés, depuis la plus légère sensation d'étourdissement jusqu'aux grandes attaques épileptiques ou apoplectiques, le phénomène est le même au fond et relève de la même cause, la congestion cérébrale.

De pareilles assertions sont inconcevables de la part d'un homme évidemment laborieux. Tout le monde sait qu'il y a des espèces fort différentes de vertiges ; les vertiges épileptiques, les vertiges des maladies à accidents épileptoïdes, telles que la paralysie générale, l'alcoolisme, etc., les vertiges par altération du sang et des vaisseaux, les vertiges nerveux, etc., etc., enfin les accidents vertigineux indiqués par Lasègue sous le nom de vertige mental et sur lesquels j'espérais trouver au moins quelques commentaires.

L'auteur a négligé tout cela. Il ne cite même pas le nom de Lasègue.

Mais passons sur ces regrettables lacunes et voyons quels résultats cliniques l'auteur a su tirer de ses nombreuses observations.

Parmi les formes d'aliénation mentale, dit-il, la manie est celle qui s'accompagne le plus rarement de vertiges ; ceux-ci sont plus fréquents dans la lypémanie, surtout celle de forme anxieuse et dans le délire des persécutions ; ils sont très communs dans l'alcoolisme, la paralysie générale, la démence sénile ou apoplectique et surtout l'épilepsie.

Vous serez sans doute étonnés, messieurs, d'entendre signaler la fréquence, même relative, des vertiges dans le délire des persécutions. Votre étonnement cessera si nous nous reportons aux observations. Sur les sept observations de vésaniques vertigineux, il y a quatre cas de délire de persécution et, dans ces quatre cas, les vertiges présentent si évidemment les caractères de l'épilepsie, qu'on ne comprend pas pourquoi l'auteur ne les a pas rangés parmi les

vertigineux épileptiques. Le classement même des observations laisse donc beaucoup à désirer et nous le regrettons d'autant plus que les observations en elles-mêmes sont intéressantes et prises avec soin.

La commission, messieurs, a cru devoir tenir un grand compte du nombre et de la valeur des observations contenues dans le mémoire n° 3 ; elle a cru, en attachant cette importance aux observations en elle-mêmes, se conformer aux intentions du fondateur du prix Esquirol et de ses généreux successeurs.

Le mémoire n° 2 ayant été éliminé à l'unanimité, il restait à décider entre les mémoires n° 1 et n° 3. Le mémoire n° 1 a été également écarté, malgré ses qualités originales, il a paru trop succinct, trop incomplet, fait trop à la hâte, les observations qu'il contient, trop écourtées.

La commission vous propose donc, messieurs, de décerner le prix Esquirol à l'auteur du mémoire n° 3 portant pour épigraphe : « *Sanguis moderator nervorum.* »

Au nom de M. Métivié, M. le Président annonce que le lauréat du prix Esquirol est M. Millet (Joseph), médecin adjoint à l'asile de Prémontré.

Eloge de Max Parchappe.

M. Ritti. — Messieurs, lorsque parurent, il y a soixante ans, les premiers travaux sur la paralysie générale, la médecine mentale se crut enfin sur la voie qui devait la conduire à la solution des problèmes délicats que philosophes et médecins se posent depuis la plus haute antiquité. Aussi vit-on se produire un véritable entraînement vers les recherches anatomo-pathologiques du cerveau. Les examens nécroscopiques qu'on avait jusqu'alors négligés, ou qui avaient été faits superficiellement et pour ainsi dire sans conviction, devinrent le but de tous les efforts, et l'on y mit cette ardeur qu'excitent toujours le désir et l'espoir de découvrir la vérité. Les moindres lésions du cerveau et des méninges furent enregistrées avec le plus grand soin, et si les nombreux documents de cette époque ne nous parlent pas des altérations des cellules et des fibres nerveuses, c'est que le microscope n'occupait pas encore la place d'honneur qu'il a su conquérir depuis.

Ce mouvement de la médecine mentale vers les recherches anatomo-pathologiques a-t-il produit tout ce qu'un

aussi beau zèle laissait espérer? Nous n'oserions l'affirmer. L'histoire impartiale qui comprend toutes les illusions sans les partager, est obligée de reconnaître que le résultat n'a pas répondu aux efforts. A cet insuccès on peut attribuer plusieurs causes : l'absence d'une topographie exacte et minutieuse de l'encéphale engendrait la confusion dans les descriptions des lésions de cet appareil ; l'insuffisante connaissance des fonctions cérébrales rendait presque impossibles les déductions de physiologie pathologique; enfin, et surtout, l'étude clinique des maladies mentales, en quelque sorte à la période des tâtonnements, n'était pas encore arrivée à déterminer des formes naturelles de folie. Faut-il en conclure que les travaux de cette école ont été sans utilité? Telle n'est pas notre pensée. Nous nous plaisons, au contraire, à reconnaître que de ces patientes recherches sont sorties maintes vérités, qui ont permis de confirmer ou d'infirmer bien des assertions émises sur des preuves insuffisantes.

Parmi les savants qui ont illustré cette période de l'histoire de la médecine mentale, il en est un qui occupe une place spéciale et, pour ainsi dire, hors de pair, non seulement pour ses études sur l'anatomie pathologique de la folie, mais aussi pour ses travaux multiples en tous genres qui font éclater ses capacités si diverses. Parchappe, en effet, fut plus qu'un savant aliéniste, il déploya des qualités d'organisateur et d'administrateur de premier ordre; anatomiste et physiologiste distingué, il se plaisait aussi dans les sphères plus élevées de la philosophie et de l'histoire des sciences.

La tâche que j'entreprends de raconter cette vie si bien remplie, est donc difficile; et, pour oser l'aborder, j'ai besoin de toute la bienveillante indulgence de ceux qui m'écoutent.

Jean-Baptiste-Maximien Parchappe de Vinay naquit, le 21 octobre 1800, à Épernay (Marne), d'une famille qui tenait ses titres de noblesse de Henri IV. Son père avait servi dans la compagnie des mousquetaires gris de Marie-Antoinette. La Révolution mit fin à une carrière militaire commencée sous d'aussi heureux auspices.

Que devint pendant la tourmente l'ex-mousquetaire de la reine? Nous ne savons; mais, à l'époque de la naissance

de son fils Maximien, il était fonctionnaire de l'État, attaché à l'administration des contributions indirectes.

Les renseignements que nous possédons sur la jeunesse de Parchappe se réduisent à bien peu de chose. Transplanté de la Champagne en Normandie par suite des déplacements de son père, il fit ses classes au lycée de Caen; puis il vint à Rouen et commença ses études médicales à l'École secondaire de cette ville. Tout en suivant les cours et les cliniques, il trouvait encore le temps de s'associer aux travaux administratifs de son père, dont il s'appliquait à alléger la tâche autant que possible. Après avoir passé par l'internat de l'hospice général de Rouen, il vint à Paris terminer ses études et y soutint, le 5 janvier 1827, sa thèse de doctorat qui a pour titre : *Quelques considérations générales sur la nature et l'influence des passions.*

Le choix d'un tel sujet et la manière dont il est traité nous prouvent que, dès sa jeunesse, Parchappe était attiré vers ces études médico-psychologiques, si difficiles et pourtant si attachantes. En lisant une thèse de doctorat, on ne compte sans doute pas y trouver la réponse définitive à la question qui y est traitée; mais on se plaît à y rechercher si, dans cette œuvre de débutant, se découvrent déjà en germe l'esprit et la méthode que l'on voit en pleine maturité dans les travaux ultérieurs. Cela est-il vrai de Parchappe? Nous n'oserions l'affirmer; et cependant il faut reconnaître que ce travail inaugural indique déjà un goût prononcé pour les analyses psychologiques auxquelles son auteur devra tant se complaire plus tard. Mais la psychologie dont il fera un jour le fondement de sa pathologie mentale, présente un caractère bien plus abstrait et plus confus, que celle qui sert d'introduction à cette étude sur les passions. Cette différence tient évidemment à la diversité des sources où l'une et l'autre ont été puisées.

Lorsque Parchappe préparait les matériaux de sa thèse, les idées de Gall régnaient en maîtresses. L'illustre savant allemand venait à peine de déposer la plume qui avait écrit le célèbre traité sur les fonctions du cerveau. A l'étonnement que provoqua une telle œuvre n'avait pas encore succédé le dénigrement systématique. Il n'était personne qui ne fût frappé des critiques si justes qui s'y trouvaient faites des anciennes théories psychologiques, et on admettait sans réserve les principes qui servaient de base à la

doctrine nouvelle. Quant aux applications plus ou moins justes qu'on essaya d'en tirer, elles ne devaient choquer que plus tard. Il est vrai qu'à ce moment on ne se trouvait pas encore en face des disciples fidèles, ces vrais ennemis des grands hommes, qui dans les idées du maître choisissent d'ordinaire les plus imparfaites et les développent souvent jusqu'à l'absurde.

Parchappe ne peut être rangé au nombre de ces fidèles; mais il lut les ouvrages de Gall, comme tous les médecins de cette époque, et cette lecture produisit sur son esprit une profonde impression, dont on trouve la trace en maints endroits de sa thèse. Il tempère volontiers les assertions du physiologiste allemand à l'aide des théories psychologiques de Condillac et de La Romiguière; et ce qui a lieu de nous étonner, c'est qu'ayant à parler des effets des passions sur les divers organes, il n'ait pas jugé à propos de citer Cabanis.

Une fois docteur, Parchappe trouva une situation de médecin praticien aux Andelys, dans le département de l'Eure. Il ne tarda pas à sentir son esprit pressé et comme à l'étroit dans cette clientèle exigeante de petite ville et de campagne. Convaincu qu'il était né pour une meilleure fortune, il aspira à marcher dans un champ moins limité; mais au lieu de se plaindre et de se morfondre tristement comme maint autre l'eût fait à sa place, il osa courageusement prendre un plus grand essor. Après dix-huit mois à peine de séjour, il quitta les Andelys et vint à Rouen, affronter la lutte sur un plus grand théâtre. La fortune devait sourire à cet audacieux.

Le service médical de l'asile d'aliénés du département de la Seine-Inférieure avait alors à sa tête un homme, jeune encore, mais dont les travaux sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux étaient déjà universellement estimés. Je veux parler du docteur Achille Foville. Une sorte de conformité de goûts et d'études rapprocha naturellement Parchappe du médecin de Saint-Yon, qui ajoutait à une réputation naissante l'honneur d'avoir été l'élève — et un élève distingué — de maîtres tels qu'Esquirol et de Blainville. Une occasion allait se présenter qui lia d'une manière plus intime les deux jeunes savants.

Nous sommes en 1832. Le choléra, après avoir décimé tout l'est et le centre de l'Europe, après avoir ravagé la

Russie, la Pologne, l'Allemagne, l'Autriche, vient d'éclater en Angleterre. Foville obtient l'autorisation d'aller étudier l'épidémie à Londres et se fait remplacer par Parchappe dans son service d'aliénés. Mais le terrible fléau ne s'arrête pas, il ne connaît pas d'obstacle; traversant la Manche, il vient débarquer à Calais, le 14 mars; et le 26 du même mois, il arrive à Paris, d'où il s'étend de proche en proche sur toute la France.

C'est au commencement d'avril que les premiers cas de la maladie s'observent à Rouen. La ville est terrifiée. En présence d'une telle calamité et pour essayer de ramener un semblant de confiance dans la population affolée, l'administration ordonne le transport loin du centre des habitants atteints par le fléau; on les disséminе dans des hôpitaux temporaires situés dans la campagne environnante. L'asile de Saint-Yon, qui jusqu'alors avait été indemne, est désigné pour y installer un service. Fait digne d'être noté, on ne choisit pas à cet effet un endroit isolé, éloigné des habitations occupées par les aliénés, mais, au contraire, deux salles situées au rez-de-chaussée du corps de bâtiment central de l'asile. Aussi ne faut-il pas s'étonner de ce qui arriva. Peu de jours après l'entrée des premiers cholériques, l'épidémie envahit l'asile et fit de nombreuses victimes parmi les malades et le personnel, et, lorsque, le fléau disparu, on fit les comptes, on constata que l'hôpital temporaire avait reçu dans ses salles autant ou presque autant de cas venus de l'intérieur que de l'extérieur (37 sur 41).

Foville, qui était revenu de Londres à la première nouvelle de l'invasion du mal en France, s'associa Parchappe pour les soins à donner aux cholériques de Saint-Yon. De cette collaboration au lit des malades, sortit un mémoire intéressant sur la nature, le siège et le traitement du choléra-morbus, qui tient une place distinguée parmi les nombreux travaux qu'a suscités la terrible épidémie de 1832.

Le moment semblait venu pour Foville de rendre plus intime et plus continue cette collaboration d'un moment. Il écrivit donc au préfet de la Seine-Inférieure une lettre qui honore autant son auteur que celui qui l'a inspirée, et dans laquelle il sollicite pour Parchappe la création d'une place de médecin adjoint à l'asile de Saint-Yon en récompense des services signalés rendus par lui durant l'épidémie cholérique. Les règlements et la situation budgétaire

ne permirent pas d'accéder à un désir si noblement exprimé. Mais si une science profonde, une activité incessante, un dévouement sans bornes, sont des semences qui lèvent difficilement, elles arrivent cependant à produire des fruits qui, pour être tardifs, n'en sont pas moins avantageux. L'exemple de Parchappe en est une preuve; car, malgré l'échec qu'il vient de subir, le moment de la récolte est proche.

L'année suivante, en effet, il fut attaché à l'École secondaire de médecine comme professeur d'hygiène et de thérapeutique. Il débuta dans l'enseignement par un cours d'histoire de la médecine dont nous possédons le discours d'introduction; cette première leçon présente les traits les plus essentiels et les plus saillants d'un enseignement qui a dû être vivement goûté par tous les esprits réfléchis. Insister sur l'importance des études historiques en médecine, en démontrant que la science actuelle n'est que la résultante de toutes les puissances du passé; indiquer que la loi qui régit son évolution est subordonnée, d'une part au perfectionnement des méthodes et au progrès de la philosophie, d'autre part aux découvertes dans les sciences générales; saisir ce rapport de subordination qui semble lier en quelque sorte les théories médicales au mouvement progressif de l'esprit humain et aux destinées de la philosophie; exposer ces diverses théories en les rattachant aux écoles de philosophie correspondantes; montrer que, dans l'antiquité comme dans les temps modernes, la médecine a suivi pas à pas la philosophie, du mysticisme à l'idéalisme, puis du sensualisme au scepticisme, pour aboutir à l'éclectisme : tel est le programme que Parchappe développa devant son auditoire et qu'il sut remplir grâce à son immense érudition. S'il est permis d'exprimer un regret, c'est celui de ne pouvoir juger cet enseignement que d'après cette unique leçon. Elle nous suffit cependant pour voir à quelles préoccupations systématiques obéissait le jeune professeur.

Le spiritualisme de Victor Cousin était alors la philosophie officielle et prescrite; la parole éloquente du maître avait subjugué même des esprits habitués à plus de précision dans la pensée et à plus de rigueur dans la démonstration. Parchappe fut de ce nombre ; il crut trouver dans cette doctrine exposée en si magnifique langage un guide assuré pour ses travaux scientifiques et la solution défini-

tive aux grands problèmes de la vie morale. Aussi, l'occasion s'en présentant, Parchappe n'hésita pas à se servir des idées qu'il avait embrassées. Il essaya donc d'appliquer à l'histoire des théories médicales la classification des systèmes philosophiques, préconisée avec tant de solennité par le chef de l'éclectisme. Mais ce n'était pas là chose aisée, ainsi qu'on peut s'en assurer par la lecture de ce discours d'introduction; il fallait torturer les faits, les faire plier à la théorie, et les faits ne se laissent pas facilement étendre sur le lit de Procuste d'une idée systématique, dont rien ne démontre la justesse.

Le désir depuis longtemps caressé par Parchappe d'être attaché à un service d'aliénés allait enfin recevoir satisfaction. Le Dr Foville, médecin en chef de l'asile de Saint-Yon, se vit obligé, en mai 1834, de demander un congé de trois mois pour motif de santé. Sur sa proposition, Parchappe fut appelé à le remplacer. La santé du titulaire ne s'améliorant pas, cet intérim de quelques mois finit par durer un an. Au commencement de mai 1835, Foville, sentant qu'il ne pourrait retourner à son poste, que le repos le plus complet et un séjour prolongé dans le Midi pourraient seuls rétablir sa santé fortement ébranlée, se décida à envoyer sa démission de médecin en chef au Préfet de la Seine-Inférieure et lui recommanda comme méritant de lui succéder, celui qui, depuis un an, remplissait les fonctions avec tant de zèle et de distinction. La démission fut acceptée; mais les recommandations ne furent pas suivies à la lettre. Le préfet, tout en reconnaissant les services signalés déjà rendus par Parchappe, s'en remit du choix du successeur de Foville à la décision de la commission de surveillance de l'asile. Celle-ci, qui avait vu le jeune médecin à l'œuvre et qui avait pu apprécier ses éminentes capacités, n'eut pas un moment d'hésitation; elle le présenta à l'unanimité en première ligne et quelques jours après, le 1er juin, Parchappe était, par arrêté préfectoral, nommé médecin en chef de l'asile des aliénés de Saint-Yon.

La période de la vie de Parchappe que nous allons aborder, qui va de son entrée à l'asile de la Seine-Inférieure à sa nomination d'inspecteur général, — cette période de quatorze ans est, sans contredit, la plus féconde en travaux de tout genre, féconde surtout en recherches sur l'anato-

mie et la physiologie normales et pathologiques. Un service important de malades, la facilité de faire des autopsies, une immense capacité de travail, un besoin incessant de produire, enfin un ardent amour pour les progrès de la science : telles semblent être les raisons principales qui permettent d'expliquer et la direction donnée aux travaux de Parchappe et la multiplicité de ses publications.

Gall, dont Parchappe, quoique spiritualiste, reconnaissait le génie, — Gall et d'autres observateurs avant lui, avaient posé comme axiome, que le degré d'intensité des facultés intellectuelles est en rapport direct avec le volume de la tête et le poids de l'encéphale. Cette loi physiologique, rejetée par les uns, admise sans correctif par les autres, méritait d'être contrôlée à l'aide de méthodes scientifiques. Quel procédé plus exact que l'emploi du mètre et de la balance! Parchappe se servit de ces instruments de précision sur près de trois cent cinquante têtes, crânes ou cerveaux, et de ses recherches minutieuses fit le sujet d'un important mémoire publié en 1836. Les résultats auxquels il arriva n'ont, je crois, guère été modifiés par les études des anthropologistes.

Que le volume de la tête est sensiblement plus petit chez la femme que chez l'homme; que son accroissement ne cesse pas au moment de la croissance, mais continue graduellement jusqu'à soixante ans, âge à partir duquel il diminue; que les hommes à taille élevée ont la tête plus volumineuse que les hommes de petite stature; que les individus à intelligence normalement développée ont la tête plus grande que les idiots et les imbéciles de naissance; que la race caucasique l'emporte sur les autres et par la largeur de la tête et par l'ampleur des régions frontale et occipitale : ce sont là des conclusions qui ne sont plus sujettes à controverse. Mais existe-t-il, entre le développement de l'intelligence et le volume de la tête représentant le volume de l'encéphale, un rapport constant et en quelque sorte nécessaire ? Parchappe hésite à aller jusque-là; il admet bien qu'il faut à l'homme un certain volume de la tête pour posséder les conditions d'une bonne organisation; mais il lui paraît impossible de rien conclure, relativement à la portée de l'intelligence, des variations de ce volume en plus ou en moins. Il me semble que Gall, qui est surtout l'objet des critiques de Parchappe, avait déjà exprimé la

même idée dans la phrase suivante : «Il faut renoncer à chercher dans la masse absolue du cerveau l'échelle pour les instincts, les penchants et les facultés. »

Les conclusions tirées des recherches sur le volume ou le poids de l'encéphale présentent un intérêt non moins vif que les précédentes.

« L'homme a plus de cerveau que la femme, proportionnellement au corps, » a dit, il y a plus de deux mille ans, Aristote. Aujourd'hui la démonstration est faite. L'aphorisme du philosophe de Stagire est devenu une vérité scientifique, et tous les arguments des apôtres de l'égalité des sexes ne pourront rien contre ce principe : que l'infériorité du poids du cerveau a pour conséquence naturelle une puissance moindre dans les manifestations de la vie intellectuelle. Et de fait, Parchappe, la balance à la main, nous prouve que la quantité de la matière, dans l'organe de la pensée, a une influence sur l'intensité de la force fonctionnelle. Il ne va pas jusqu'à admettre que l'intelligence est absolument proportionnelle à la masse de l'encéphale entier; mais, en comparant avec soin les animaux entre eux et les individus dans chaque espèce et notamment dans l'espèce humaine, il arrive à formuler la proposition suivante: les différences dans le poids, dans le volume, dans l'étendue des surfaces de la matière organisée, sont corrélatives à des différences dans le nombre et dans l'énergie des facultés intellectuelles et morales.

Ce mémoire est dédié à Victor Cousin. Qu'a pensé le maître des conclusions auxquelles était arrivé le disciple? Nous l'ignorons; mais il est probable que, malgré certaines critiques contre la phrénologie, il a dû peu goûter de pareilles études, lui qui enseignait que la seule vraie méthode psychologique « consiste à s'isoler de tout autre monde que celui de la conscience pour s'établir et s'orienter dans celui-là où tout est réalité ».

Les nombreuses et patientes recherches de Parchappe sur l'anatomie pathologique de la folie sont condensées dans deux travaux importants, publiés l'un en 1838, l'autre en 1841. Vous connaissez tous, messieurs, les conclusions auxquelles est arrivé le savant observateur; elles sont classiques et, sauf sur certains points de détail, elles n'ont en somme subi que peu de modifications, malgré les progrès

incontestés que les recherches micrographiques ont fait faire à l'étude des altérations du système nerveux.

Personne ne doute aujourd'hui que la folie a son siège dans le cerveau et qu'elle a pour cause une altération quelconque de cet organe. On est aussi généralement d'accord pour admettre que, dans la majorité des cas, on trouve, à l'examen de l'encéphale des aliénés, de ces lésions plus ou moins profondes, qu'on peut de même observer chez des individus dont l'intelligence n'a pas été sensiblement atteinte. Ce qui est non moins certain, c'est qu'aucune des altérations enregistrées par les observateurs, n'est pathognomonique de telle ou telle forme de folie ; nous n'avons de cette règle qu'une seule exception, la paralysie générale. Certes, l'idéal de la science serait de pouvoir établir une relation constante entre les symptômes intellectuels et moraux observés pendant la vie et les lésions du système nerveux trouvées à l'autopsie ; l'aliénation mentale n'aurait alors rien à envier aux autres parties de la pathologie. Nous sommes encore bien loin de ce degré de perfection, et la conclusion suivante que Parchappe tirait de ses nombreuses recherches, ne perd rien de son exactitude : « Il n'y a pas d'altération encéphalique qui » soit la condition constante, caractéristique, essentielle du » trouble intellectuel dans la folie simple aiguë et chroni- » que. Le délire caractéristique des diverses formes de la » folie simple peut avoir existé pendant la vie sans qu'au- » cune trace d'altération organique ait pu être constatée » dans l'encéphale après la mort. »

A cette règle générale, avons-nous dit, il y a une exception. Parchappe l'indique dans les termes suivants : « Dans la folie compliquée de paralysie, folie paralytique, » qui constitue une espèce morbide parfaitement distincte » pour les causes, pour les symptômes, pour la marche, » pour la terminaison, existent plusieurs altérations de l'en- » céphale, parmi lesquelles il en est une constante et pa- » thognomonique, le ramollissement de la couche corticale » cérébrale. »

En ces quelques lignes se trouve résumée toute la théorie de Parchappe sur la paralysie générale. Vous connaissez, messieurs, les diverses manières d'envisager cette maladie, qui se firent jour pour ainsi dire dès le lendemain de sa découverte. Les uns, avec Esquirol et ses élèves, ne vou-

lurent voir dans les symptômes paralytiques qu'une complication de la folie; cette interprétation n'est plus guère admise aujourd'hui. D'autres observateurs considèrent cette affection comme une espèce morbide distincte et ne sont en désaccord que sur le siège du mal; ainsi Bayle le place dans les méninges, et Parchappe, avec beaucoup plus de raison, dans les couches corticales du cerveau. Une troisième opinion s'est fait jour, c'est celle que soutient M. Baillarger avec tant de talent et de persévérance. Pour notre savant maître, la paralysie générale n'est ni une complication de la folie, ni une forme particulière d'aliénation mentale; mais elle est une maladie spéciale et indépendante, ayant pour caractères essentiels la lésion des mouvements et la démence, et pouvant se compliquer d'une aliénation mentale secondaire.

De ces trois théories, Parchappe, ainsi que nous l'avons vu, avait adopté la deuxième; il était partisan convaincu de l'unité morbide de la paralysie générale, à laquelle il avait donné le nom de folie paralytique, et il soutint son opinion sur ce point à diverses reprises, en l'étayant toujours de preuves nouvelles et en mettant à son service une argumentation savante et serrée, qui laisse peu de prise au doute. Nous appellerons surtout l'attention sur les discours qui résument ses travaux antérieurs sur la question, et qu'il prononça, en 1858, à la Société médico-psychologique, dans la mémorable discusion sur la paralysie générale.

Pour asseoir sa thèse sur une base solide, Parchappe commence par exposer ce qu'il faut entendre par type morbide. La conception de la maladie qui lui semble la plus exacte, « c'est celle du développement, dans un orga-» nisme vivant, de phénomènes anormaux liés entre eux de » manière à former un tout ayant un commencement et une » fin, se produisant par une cause et tendant à un but. » Ce principe de pathologie générale admis, il suffit, pour établir l'unité morbide de la paralysie générale, de rechercher si les états pathologiques qu'on désigne habituellement sous ce nom, représentent un développement identique et susceptible d'être distingué de tout autre, à raison des causes, des symptômes, du siège, des altérations organiques et de la marche.

Parchappe étudie successivement ces divers éléments,

tels qu'ils s'observent dans la folie paralytique ; sa démonstration est nette et précise ; si précise et si nette que l'esprit se trouve naturellement amené à conclure avec l'auteur que « c'est, en effet, une espèce morbide distincte » de toutes les autres, cette maladie qui se produit sous l'in- » fluence de causes entraînant la surexcitation du cerveau, » principalement chez l'homme et dans l'âge de la virilité : » dont les symptômes se résument en une lésion générale et » simultanée de l'intelligence, du mouvement volontaire et » de la sensibilité ; qui a pour siège la couche corticale des » deux hémisphères cérébraux ; qui a pour caractère anato- » mo-pathologique constant un ramollissement inflamma- » toire de la couche corticale dans les deux hémisphères ; » qui, à travers des congestions cérébrales plus ou moins » répétées, entraînant de jour en jour un affaiblissement » plus prononcé de l'intelligence, du mouvement volontaire » et de la sensibilité, aboutit fatalement à la mort par la « congestion ou par le marasme cérébral. »

Cette théorie unitaire de la paralysie générale rallia la majorité des cliniciens. Les objections, il est vrai, ne lui manquèrent pas, mais elles ne réussirent pas à l'entamer. Aujourd'hui, après avoir subi l'épreuve du temps, elle est vivace encore, et ses partisans ne semblent pas près de l'abandonner. Et cependant elle a pour adversaires des observateurs dont on ne saurait mettre en doute ni les lumières, ni la sagacité. Tout récemment encore, un maître vénéré, dont les ans ne sauraient éteindre l'ardeur pour la science qu'il a illustrée par ses découvertes, a soumis cette question à un nouvel examen, et, mettant en opposition les deux théories, unitaire et dualiste, s'est efforcé de démontrer que celle-ci donne des faits une explication plus simple et plus complète.

En même temps qu'il prenait la direction du service médical de l'asile Saint-Yon, Parchappe échangea la chaire d'hygiène et de thérapeutique à l'École de médecine de Rouen, contre celle de physiologie devenue vacante par suite du départ de Foville. Ce nouvel enseignement, plus en rapport avec ses goûts et sa passion pour les recherches anatomiques, le conduisit à faire des études sur la structure et les mouvements du cœur. Il n'entre pas dans notre sujet d'exposer les perfectionnements que Parchappe a apportés dans la connaissance et la description de cet

organe; de démêler avec lui les divers ordres d'anses musculaires, soit communes aux deux ventricules, soit propres à chacun, qu'il a su suivre dans ses habiles dissections; de montrer la part importante qui lui revient dans la découverte du véritable mécanisme des valvules auriculo-ventriculaires; de décrire enfin les habiles expériences qu'il entreprit pour étudier sur divers animaux les mouvements et les bruits du cœur. Ouvrez les traités classiques d'anatomie et de physiologie aux chapitres qui traitent de cet organe et de ses fonctions et vous trouverez, messieurs, presque à chaque page le nom de Parchappe. Est-il une meilleure preuve de l'importance de ses recherches?

Parchappe avait formé le projet d'écrire un traité théorique et pratique de la folie, et personne plus que lui ne possédait les qualités requises pour mener à bonne fin une telle œuvre: il avait su recueillir une riche collection de faits, son érudition était vaste et sûre, ses connaissances en philosophie et en pathologie profondes et variées. Ce livre, s'il avait été publié, aurait sans doute fourni un document intéressant pour l'histoire de notre science; car son auteur était un des représentants — représentant non exclusif cependant — de cette école anatomo-pathologique qui réagit si vigoureusement contre les tendances psychologiques de Pinel et d'Esquirol. De ce grand traité il ne nous reste malheureusement que des fragments; mais ces fragments sont précieux, car ils nous permettent de juger de ce qu'aurait pu être l'œuvre complète, et surtout ils nous donnent des indications utiles sur la double direction d'esprit de son auteur. Si, comme nous l'avons vu, il était éclectique en philosophie, il l'était aussi en pathologie mentale: d'une part il recherchait avec soin les lésions du cerveau, mais d'un autre côté, il croyait à l'utilité d'une psychologie pour en déduire les troubles des différentes facultés.

A la première de ces deux méthodes appartient le volume d'observations avec autopsies, paru en 1841, et que Parchappe considère comme une annexe de son traité. On aurait pu croire qu'il partirait de ces données cliniques et anatomo-pathologiques pour arriver à une systématisation scientifique des diverses parties de la médecine mentale, et on était d'autant plus en droit de l'espérer qu'il avait écrit dans son introduction : « La question si controversée

» du rôle des altérations cérébrales dans l'aliénation mentale » se rattache par des liens multipliés et étroits à toutes les » questions dont il appartient à la pathologie de chercher la » solution. »

Parchappe recula-t-il devant les difficultés de la tâche? ou bien se crut-il plus maître de la solution en changeant de méthode? Nous l'ignorons. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il perdit de vue « la collection de faits qui devait servir » de base principale à ses doctrines sur la folie », qu'il s'enfonça dans des recherches purement spéculatives et vint, dix ans après la publication du recueil d'observations, présenter au public « une psychologie qui, selon ses pro- » pres expressions, non seulement domine toute la symp- » tomatologie, mais qui de plus s'introduit dans toutes les » parties du traité de la folie, pour les relier ensemble, et » pour les rattacher à une doctrine générale. »

Vous avez lu, messieurs, ces pages du travail de Parchappe sur la symptomatologie de la folie, dans lesquelles il a condensé, en un langage parfois bien abstrait, le résultat de ses méditations sur les différents modes d'activité de l'âme; vous connaissez le tableau qui résume ce que, dans son style spécial, il nomme « les principales particularités » relatives au déploiement réel de l'activité psychique impul- » sive et déterminante, pour l'accomplissement de la vie »; et vous avez pu voir à quelles assertions ontologiques peut arriver un esprit, d'ailleurs éminent, qui s'isole de la réalité extérieure. En est-il une preuve plus évidente que sa définition de la vie qu'il considère comme «le produit d'une force » psychique personnelle, dont l'activité est entretenue par » une force plastique?» N'est-ce pas là, en quelque sorte, le mariage de la théorie animiste de Stahl avec le médiateur plastique de Cudworth?

Mais que pouvait être une symptomatologie basée sur une telle psychologie? Sans doute, on s'attend à lire toute une série de descriptions abstraites, dont le vague fait toute la force? Il n'en est rien; et ce n'est pas un médiocre étonnement pour le lecteur de trouver les applications à la pathologie, supérieures à ce que la partie théorique laissait supposer. C'est que, chez Parchappe, l'observateur externe, c'est-à-dire le médecin, l'emportait heureusement sur le psychologue et le métaphysicien. Aussi, malgré sa tendance à systématiser d'après des prin-

cipes purement subjectifs, malgré ses efforts pour faire entrer les phénomènes morbides dans un cadre préconçu, on n'est pas trop surpris de retrouver dans les descriptions des troubles intellectuels et moraux de la folie, les qualités du clinicien et du physiologiste; et, la lecture terminée, on est tout naturellement porté à conclure que la symptomatologie de Parchappe est préférable à sa psychologie.

Tous ces travaux, dont plusieurs sont de premier ordre, avaient acquis à leur auteur une réputation justement méritée; le monde savant appréciait surtout ses patientes recherches sur la physiologie et la pathologie de l'encéphale, et l'Académie de médecine, en se l'attachant en 1846 comme membre correspondant, lui accorda la récompense la plus chère qu'il pût désirer.

Mais cette vie, uniquement occupée jusqu'ici à des études scientifiques, va, par suite de circonstances imprévues, suivre une direction en quelque sorte opposée. En 1848, en effet, une nouvelle place d'inspecteur général des aliénés fut créée et Parchappe, appelé à la remplir, abandonna non sans regret ses malades, son enseignement et des travaux ébauchés, pour aborder les questions administratives qui jusque-là lui étaient restées étrangères. Mais s'il avait été indifférent pour elles, ce n'est pas parce qu'il était incapable de les traiter. Il démontra que, pour les esprits de sa trempe, il n'existe pas d'incompatibilité entre les sciences et les affaires. Peu de temps lui suffit pour se mettre au courant de son nouveau service ; mais une intelligence aussi active ne se contente pas du strict nécessaire, et surtout ne considère pas comme superflu tout ce qui peut porter plus de lumière sur l'objet de ses préoccupations. Aussi voyons-nous Parchappe étudier avec soin les législations étrangères sur les aliénés, s'enquérir des divers modes d'assistance de ces malades en usage dans les divers pays de l'Europe et même en Amérique, visiter le plus d'asiles possible pour en connaître les dispositions intérieures et en apprécier les avantages et les inconvénients, réunir enfin tous les documents statistiques ou autres publiés sur la question. Ce n'est qu'après ces minutieuses enquêtes qu'il écrivit son livre intitulé: *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles.*

Parchappe avait sur l'organisation du service des aliénés

des idées très arrêtées, qu'il s'efforça par tous les moyens de faire prédominer. Le gouvernement, selon lui, devait centraliser, au double point de vue de leur fondation et de leur administration, tous les établissements publics destinés au traitement des maladies mentales; d'où la nécessité d'une hiérarchie stricte et systématique de tous les membres du corps médical attachés à ce service d'État. Il était partisan d'asiles distincts pour chaque sexe, et ces asiles ne devaient contenir que de 400 à 500 malades; mais pour faciliter l'échange des services économiques, il demandait le groupement de ces maisons hospitalières par paires, l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes; il préconisa enfin la création d'établissements spéciaux pour les aliénés dits criminels. Ces vues ont été et sont encore très critiquées; mais, malgré les controverses qu'elles peuvent soulever, il faut leur reconnaître le mérite de former un plan d'ensemble, nettement défini, d'organisation du service des aliénés. D'ailleurs, si plusieurs articles de ce programme ont été écartés, à cause de la difficulté d'exécution, il en est d'autres, au contraire, dont on a reconnu la justesse, et qui ont été acceptés ou sont sur le point de l'être.

Parchappe ne reculait pas devant les difficultés techniques; rien de ce qui concerne la construction et l'aménagement des asiles ne lui était étranger. Il avait même sur ces points son système qu'il sut faire adopter en plusieurs occasions. C'est ainsi que furent édifiés, d'après ses plans, les asiles de Niort, d'Évreux et de Quatre-Mares. Ces trois établissements répondent-ils, au point de vue architectural, médical et administratif, à l'idéal que l'on peut se faire d'une maison d'aliénés? Ceux-là seuls peuvent le dire qui les ont visités en détail, ou mieux encore, qui les ont pratiqués longuement; et je ne suis pas de ce nombre.

Quelque absorbantes que soient les fonctions d'inspecteur général, Parchappe trouva cependant le moyen de dérober quelques moments aux questions d'ordre purement pratique pour les consacrer à la science et aux recherches d'érudition. Un des premiers travaux qu'il publia fut une démonstration par les preuves pathologiques du siège commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité chez l'homme. Il est aujourd'hui universellement admis que ce siège commun de nos fonctions les plus élevées est la couche corticale du cerveau; mais ce que l'on

connaît moins, c'est l'historique de cette découverte capitale dans le domaine de la physiologie du système nerveux. Dans l'opuscule dont nous parlons, Parchappe se croit autorisé à écrire que, le premier, il donna la démonstration de ce fait biologique. Nous craignons qu'en faisant cette revendication de priorité, notre éminent collègue n'ait obéi à cette sorte d'illusion intellectuelle bien connue et assez fréquente chez les savants qui se consacrent au développement d'idées émises par d'autres ; ils s'identifient tellement avec elles qu'ils finissent par être convaincus de les avoir découvertes.

Et cependant Parchappe ne pouvait pas ignorer que, trente ans avant la publication de son travail, deux internes de l'hospice de la Salpêtrière, Foville et Pinel-Grandchamp, unis par une même passion pour les recherches d'anatomie pathologique, étaient arrivés à conclure, à la suite de nombreuses autopsies, que la substance corticale du cerveau doit être considérée comme le siège de l'intelligence. Le mémoire dans lequel ces jeunes savants résumèrent leur découverte, obtint en 1822 le premier prix Esquirol ; il fut publié et ses conclusions reproduites dans les ouvrages de Rostan et de Lallemand.

Parchappe comprit sans doute qu'il n'avait pas fait la part assez large à ses prédécesseurs, puisque, dans un discours prononcé cinq ans après devant la Société médico-psychologique, il saisit une occasion pour indiquer les droits de chacun à la découverte. A Foville et à Pinel-Grandchamp, — il n'hésite pas à le reconnaître, — appartient l'incontestable honneur d'avoir « les premiers assigné pour siège précis de l'intelligence la couche corticale cérébrale » ; mais son titre à lui, c'est d'avoir, le premier aussi, affirmé et entrepris de démontrer que cette écorce du cerveau est en même temps l'organe central de la motilité volontaire et de la sensibilité perçue.

C'est toujours un acte méritoire et de haute probité scientifique de rendre à chacun ce qui lui est dû ; nous devons donc rendre hommage à Parchappe d'avoir dissipé les doutes que faisait naître la lecture de son livre et d'avoir établi l'exacte vérité historique. En ce moment même où la lutte est si vive entre les partisans et les adversaires des localisations cérébrales, il n'est peut-être pas inutile de rappeler les services rendus par Parchappe et par ceux qui

lui ont indiqué la voie. Ils n'ont pas eu, il est vrai, l'idée d'expérimenter sur des animaux, comme Ferrier en Angleterre, Fritsch et Hitzig en Allemagne ; mais, bien longtemps avant ces savants étrangers, et à l'aide de sages inductions tirées de l'observation clinique et des recherches nécropsiques, ils sont arrivés à des résultats dont la science française a le droit de s'enorgueillir.

Une fois à Paris, Parchappe prit une part active aux discussions de l'Académie de médecine ; il s'y fit remarquer par la vigueur de son esprit, l'étendue de ses connaissances et parfois aussi par la vivacité de sa polémique. Les questions de philosophie médicale et de physiologie l'attiraient tout spécialement ; aussi ne manquait-il pas de prendre la parole, lorsque la savante compagnie traitait de questions telles que la révulsion, le vitalisme, les vivisections, la théorie des mouvements du cœur ou la faculté du langage articulé. Ses opinions étaient loin d'être toujours celles de tout le monde ; mais il savait se faire écouter : ses discours étaient très ordonnés, d'une logique serrée, d'un style net et précis.

Les mêmes qualités se trouvent dans les communications qu'il fit à la Société médico-psychologique, dont il fut un des membres fondateurs et qu'il présida en 1855. La paralysie générale, les terminaisons critiques de la folie, l'assistance publique des aliénés, telles sont les questions les plus importantes qu'il développa devant vous, messieurs, et pour la solution desquelles il apporta le résultat de ses profondes méditations et de sa grande expérience.

Ma tâche serait bien incomplète, si après avoir étudié les travaux du savant, je n'essayais pas de faire connaître l'homme et son caractère. Mais que penserait-on d'un peintre qui se chargerait d'exécuter le portrait d'une personne qu'il n'a jamais vue, d'après les seules descriptions que lui en feraient ses amis ? Le moins qu'il pourrait faire serait de ne pas trop garantir la ressemblance. Ma situation est à peu près analogue à celle de cet artiste ; aussi ferais-je peut-être bien de me dérober, car c'est une œuvre difficile et délicate de suivre la nature morale d'un homme au milieu des appréciations contradictoires d'amis et d'adversaires. Pour apprécier le caractère de Parchappe, la tâche n'est peut-être pas impossible, car les jugements qu'on porte sur

son caractère sont peu divergents : c'était, on le reconnaît généralement, une nature un peu hautaine, d'un abord parfois difficile ; sévère pour lui-même, il l'était aussi pour les autres. Rarement on obtenait de lui de ces marques de bienveillance qui aident à se concilier l'affection des égaux et des inférieurs. Ses dehors froids cachaient, dit-on, un grand esprit de droiture et d'inflexible justice ; mais la justice et la droiture, comme toutes les vertus, ne perdent rien, que dis-je, elles gagnent à être aimables et sont par là même mieux appréciées. Et cependant, il y avait chez lui un réel fond de bonté et même de bienfaisance ; en pourrait-on donner une meilleure preuve que les nombreux services, longtemps ignorés, rendus à des parents, à des amis, qu'il aidait de sa bourse, alors qu'il était lui-même peu fortuné et qu'il n'avait qu'une clientèle peu productive?

Parchappe, depuis longtemps, souffrait d'un mal cruel et, chose terrible, il en connaissait la nature, il en prévoyait l'issue. Il suivait les progrès de sa maladie avec une sérénité inaltérable et un inébranlable fermeté. Au milieu des souffrances les plus pénibles, il trouvait le moyen de ramasser toutes les forces de son esprit pour terminer la tâche qu'il s'était imposée ; il travaillait à ce livre de prédilection, qu'il appelait « l'enfant de sa douleur » et qui ne devait paraître qu'après sa mort. Lorsqu'on pense aux circonstances dans lesquelles elle a été écrite, on ne peut lire sans émotion cette *Vie de Galilée* dont il avait tracé les premiers linéaments lors d'un voyage en Italie. N'est-ce pas, en effet, un spectacle émouvant que celui que nous donne ce savant qui cherche « le soutien d'une mourante vie » dans les préoccupations intellectuelles les plus élevées et qui trouve le calme à ses douleurs physiques dans l'étude et la description des sublimes découvertes astronomiques d'un des plus grands génies dont puisse s'honorer l'humanité?

Parchappe qui avait trouvé dans la philosophie qu'il avait embrassée la plus haute conception qu'on puisse se faire de l'idée religieuse, s'était proposé d'écrire un livre *sur la destination de la vie humaine*, dans lequel il aurait réuni toutes les preuves de sa doctrine, dont le dogme principal est « la conquête éventuelle et facultative de l'immortalité » par le développement de la vie morale. » La maladie, qui

ne lui permit pas de terminer son ouvrage sur Galilée, lui laissa moins encore le temps d'esquisser ce nouveau projet. Mais quelques jours avant sa mort, voulant laisser à ses amis la formule de ses croyances, il fit autographier, pour qu'elle leur fût distribuée, une prière, d'une grande élévation morale, qui rappelle, sans pourtant l'égaler par la beauté du style, la *Profession de foi du Vicaire Savoyard*, et qui « résume et met en lumière ce qui pendant si long-» temps — c'est Parchappe qui parle — a été le fond de » ses communications avec Dieu. »

Cette prière porte la date du 5 mars 1866; sept jours après, Parchappe mourait. Selon ses désirs, aucun discours ne fut prononcé sur sa tombe, aucun des honneurs auxquels ses restes avaient droit ne lui fut rendu.

Telle est la vie, si honorable et si bien remplie, de ce savant que ses travaux placent à un rang élevé dans notre spécialité. Vous trouverez peut-être, messieurs, que j'ai mis quelque ombre au tableau que j'en ai tracé; permettez-moi de chercher mon excuse dans cette parole de d'Alembert : « On ne peint point les hommes quand on les peint sans faiblesses; ôter au vrai mérite quelques taches légères, c'est peut-être lui faire tort, et c'est sûrement en faire à la vérité. »

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

TOME VII. — ANNÉE 1876-1877.

Contribution à l'étude du tissu conjonctif du système nerveux central chez les mammifères, avec planches, par le Dr Loewe.

L'auteur a divisé son travail en deux parties; dans la première, il s'attache surtout à démontrer l'existence dans la couche grise moléculaire du cerveau des lapins et des cochons d'Inde et cela dans la plupart des points, peut-être dans tous, d'un réseau de fibres très fines de tissu conjonctif, en forme de cônes très allongés («Stiftfadern») .Ces fibres partent soit directement de la face inférieure de la pie-mère, soit de la gaîne lymphatique des vaisseaux, soit enfin de trabécules ou de plaques de tissu conjonctif réticulaires situés également à la face inférieure de la pie-mère.

La question de savoir si la gaîne lymphatique des capillaires peut aussi parfois se transformer directement en un réseau de tissu conjonctif n'est pas encore résolue; nous ne suivrons pas l'auteur dans les détails qu'il donne sur le mode de ramifications et le développement de ces divers ordres de fibres, nous renvoyons pour cela le lecteur au mémoire original.

La seconde partie de ce travail peut se résumer de la façon suivante:

L'auteur déclare que, sur la lamelle de pie-mère qui s'applique directement et immédiatement sur la surface des hémisphères, on trouve, à coté des plaques cellulaires endothéliales, un réseau de fibres de deux ordres différents; l'un de ces réseaux se compose de fibrilles très fines, à direction rectiligne, toutes du même calibre, il a le même aspect que les réseaux fins réticulés que l'on trouve à la surface de toutes les trames tendues de tissu conjonctif. L'autre de ces réseaux, au con-

traire, se compose de fibres beaucoup plus épaisses, recourbées cependant dans diverses directions et arrivant à former de vraies plaques ou des trabécules de tissu conjonctif. Entre ces deux sortes de réseaux, il paraît exister d'autres formes intermédiaires.

II. *Un cas de myélite diffuse chronique* ; par le Dr Kilian.

Le Dr Kilian a observé à la clinique médicale du professeur Leyden un cas intéressant sous plusieurs rapports.

Un homme était atteint de symptômes médullaires correspondant à ceux décrits par M. Leyden comme appartenant à la myélite diffuse chronique. Or, dans le cas particulier, on observa presque tous les caractères symptomatologiques que M. Charcot revendique exclusivement pour la sclérose latérale amyotrophique. L'autopsie devait élucider la question. En la pratiquant, on trouva les lésions de la myélite chronique diffuse. L'examen microscopique confirma le diagnostic.

III. *Deux cas de paralysie bulbaire aiguë* (avec planches); par le Dr E. Leyden.

L'auteur publie deux cas de paralysie bulbaire, bien observés pendant la vie et minutieusement étudiés après la mort. L'examen microscopique ne laissait voir au premier abord aucune altération remarquable. Ce ne fut qu'après des recherches très patientes et difficiles que M. Leyden a pu trouver des foyers relativement petits, dont le siège expliquait bien la nature et la marche de la maladie.

Il s'agit dans le premier cas d'une femme de cinquante-deux ans, atteinte antérieurement de rhumatisme articulaire aigu et de symptômes cardiaques consécutifs. Cette malade, en lisant un livre, fut subitement prise d'un vertige violent et s'affaissa sans pouvoir se relever. Elle avait conscience de son état. Elle vomit à plusieurs reprises et ressentit une céphalalgie frontale intense du côté droit et une vive douleur à l'occiput. Des personnes qui se trouvaient auprès d'elle voulurent lui faire prendre quelques gouttes, mais elle ne put les avaler qu'avec beaucoup de peine. On remarque en même temps une grande difficulté de parole, les mouvements de la langue sont très gênés. Il y a de la surdité, elle ressent des fourmillements dans la moitié droite de la face et dans les extrémités supérieures. Ces symptômes augmentent progressivement d'inten-

sité et il s'y ajoute une forte dyspnée avec une cyanose intense, et la malade meurt dix jours après l'apparition des premiers accidents.

A l'autopsie, on constate, dans la moitié droite du bulbe préalablement durci, un foyer bien circonscrit de forme olivaire, d'une hauteur de 3 millimètres : et d'une largeur un peu moindre; au milieu de ce foyer, on trouve une infiltration circulaire assez remarquable et un commencement de tuméfaction et de ramollissement des fibres nerveuses. Les parties environnantes appartenant aux corps restiformes présentent des lésions qui ont l'aspect d'une myélite parenchymateuse, le foyer occupe principalement les régions d'origine du nerf pneumogastrique, du glossopharyngien et du spinal ; le noyau d'origine de l'hypoglosse ainsi que les pyramides sont indemnes. Dans tous les autres points du bulbe, on ne trouve rien d'anormal.

La nature du foyer, l'existence d'un vice du cœur, le début brusque de la maladie font supposer que l'on a eu affaire ici à une embolie d'une petite branche secondaire de l'artère cérébrale profonde (*arteria profunda cerebri*).

Voici le second cas :

Un homme de soixante-deux ans, étant dans la rue, ressent subitement des vertiges et faillit tomber par terre. Rentré chez lui, il est obligé de se mettre au lit. Dès les premiers moments de l'attaque, il ne peut avaler et souffre d'accès de toux et de hoquets; il se plaint en même temps de ne plus pouvoir se tenir debout, ni même marcher parce qu'il perd l'équilibre ; grande faiblesse des jambes et des bras. La parole est gênée, on a de la peine à comprendre ce qu'il dit : il prononce mal la lettre T. Pas d'aphasie. Le sensorium et la sensibilité ne paraissent pas altérés. Il meurt au bout de six jours, après avoir été atteint en outre de troubles respiratoires.

Lésions anatomiques: A la coupe et après durcissement préalable de la moelle épinière et de la moelle allongée, on ne constate rien de particulier dans la moelle, ni dans la protubérance annulaire, mais le bulbe présente des altérations. On trouve dans les corps olivaires un foyer, qui s'étend depuis leur milieu jusqu'à leur extrémité sur un demi-centimètre de hauteur à peu près; il est situé aux deux côtés du raphé et est plus marqué du côté gauche. Au microscope, la substance nerveuse paraît comme un peu effacée, mais on en reconnaît

encore la structure normale. La périphérie présente une inflammation parenchymateuse qui intéresse les fibres nerveuses et s'étend jusqu'aux pyramides.

L'auteur considère ces altérations comme un ramollissement nécrobiotique sénile.

IV. *De la composition des urines chez les aliénés ;*
par le Dr S. Rabon.

Chez les mélancoliques, on trouve presque constamment une diminution considérable de la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures, en même temps qu'une élévation du poids spécifique. L'urée et les chlorures sont en moindre quantité.

L'examen de l'urine dans la manie et dans les divers états d'aliénation avec excitation a donné des résultats moins constants.

Dans la paralysie progressive des aliénés, on remarque en général pendant la première période de la maladie une augmentation des urines, et aussi, correspondant avec l'alimentation plus abondante, une augmentation de l'urée et de chlorures.

Avec les progrès de la démence, on voit décroître la quantité quotidienne de l'urine, des chlorures et de l'urée, mais le poids spécifique augmente et l'on voit apparaître ordinairement un trouble dû aux urates.

Dès que l'urine doit être évacuée avec la sonde, son acidité fait place bientôt à une alcalinité bien prononcée.

Il est rare de trouver de l'albumine, et son apparition ne dépend pas de l'affection cérébrale, contrairement à l'opinion de Rabenau.

Quant à l'urine des épileptiques, l'auteur n'a jamais trouvé de sucre; mais dans huit cas sur dix, il a constaté que l'urine était légèrement albumineuse après les attaques, comme l'avait déjà indiqué Huppert. Les aliénés épileptiques sont souvent polyuriques ; l'urine émise après les accès est relativement riche en chlorures et pauvre en urée ; parfois, on peut noter une augmentation de xanthine.

Chez les idiots enfin, l'auteur conclut d'après l'examen des urines de trois malades arrivés au dernier degré de la démence, que la quantité d'urée et de chlorures n'est pas en rapport avec la quantité de nourriture absorbée et qu'il y a lieu d'admettre un certain ralentissement des échanges nutritifs.

V. *Contribution à l'étude de la paralysie générale des femmes* : par le Dr de Krafft-Ebing.

Après avoir rappelé en quelques mots les diverses opinions qui ont cours dans la science sur la plus ou moins grande fréquence de la paralysie générale chez les femmes et sur son étiologie spéciale, le Dr de Krafft-Ebing a cherché à élucider la question en étudiant la pathogénie de cette affection dans quatre-vingts cas de paralysie générale observée chez des femmes. Il met en parallèle un nombre égal de cas se rapportant au sexe masculin.

D'après l'étude des causes, il établit le tableau suivant :

	Hommes.	Femmes.
Hérédité.	13	17
Excès (génésiques ou alcooliques).	51	26
Consommation de cigares très forts (10 à 20 virginia par jour). . . .	2	»
Influence de la chaleur.	3	»
Lésions de la tête, commotion cérébrale.	6	1
Lutte pour l'existence.	7	16
Fièvre typhoïde.	1	»
Faiblesse nerveuse antérieure ou neuropathie.	2	6
Couches difficiles ou trop rapprochées.	»	7
Troubles de menstruation en dehors de la ménopause, règles trop abondantes ou supprimées.	»	11
Ménopause.	»	22
Causes morales (chagrins frayeurs)	7	26

Pour comprendre ce tableau, il ne faut pas oublier que chez beaucoup de ces malades, on ne constatait pas toujours l'existence d'une cause unique, mais au contraire celles de plusieurs causes simultanées, dont l'une aurait pu agir plus fortement que les autres.

Parmi toutes les causes indiquées, l'auteur estime que la ménopause joue un rôle considérable dans l'étiologie de la paralysie générale. Sur les vingt-deux cas cités plus haut, onze ne reconnaissaient absolument pas d'autre cause. Si on se demande comment la ménopause peut provoquer l'apparition de la paralysie générale, on se rappellera que, chez chaque femme arrivée à l'âge critique, on voit se produire à un degré plus ou moins fort des hyperémies cérébrales. L'auteur n'admet pas que

cet état congestif du cerveau puisse être assimilé à une fluxion supplémentaire amenée par une suppression des fonctions cataméniales, car cet état congestif est fréquent au début de l'âge critique, lorsque les règles n'ont pas encore tout à fait cessé et sont parfois, au contraire, beaucoup plus abondantes. Le fait que la menstruation est normale ne constitue pas, comme on l'a prétendu, une sorte de préservatif contre le développement de la maladie, puisque cet état congestif se montre chez des femmes ayant éprouvé des pertes de sang d'autre nature (sangsues, hémorrhoïdes).

Cette hyperémie cérébrale est due, d'après l'auteur, à des troubles vaso-moteurs qui donnent lieu encore à beaucoup d'autres symptômes, tels que sensibilité exagérée, bourdonnements d'oreilles, vertiges, éblouissements, troubles de nutrition, etc.

Relativement à l'âge où la maladie a débuté, en comparant encore quatre-vingts cas de paralysie générale chez l'homme et quatre-vingts cas chez la femme, l'auteur établit ensuite le relevé suivant :

Âge.	Hommes.	Femmes.
20 à 30	2	10
30 à 40	35	23
40 à 45	23	26
46 à 50	11	9
51 à 55	6	12
56 à 60	3	
	80	80

D'après ce tableau, on voit que de quarante à quarante-cinq ans, le nombre des femmes malades est plus considérable que celui des hommes ; ce fait s'explique encore par l'influence de l'âge critique (13 sur 26).

La paralysie générale est excessivement rare chez les femmes appartenant à une classe élevée de la société.

A côté des différences cliniques que l'auteur signale dans la marche de la maladie chez l'homme et chez la femme, différences déjà décrites par de nombreux auteurs, il fait ressortir par contre qu'à l'autopsie les altérations pathologiques ne diffèrent pas beaucoup, microscopiquement du moins.

Dr Th. Challand.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des névroses; par A. Axenfeld, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, 2e édition, augmentée de 700 pages par Henri Huchard, médecin de l'hôpital Tenon. — 1 vol. in-8°. Germer Baillière, éditeur. Paris, 1883.

Il y a vingt ans que le professeur Axenfeld publia son ouvrage sur les *névroses*; ce livre devint immédiatement classique, et la première édition en fut vite épuisée. L'auteur en préparait une seconde, lorsque la maladie cruelle qui devait l'enlever à la science, vint le frapper et éteindre prématurément cette intelligence d'élite. Il était réservé à M. Huchard de continuer l'œuvre du maître, de la reviser et surtout de la mettre au courant des progrès de la science. Et, de fait, s'il est une partie de la médecine qui a été tout spécialement étudiée depuis un quart de siècle, c'est sans contredit celle qui concerne les maladies nerveuses. Aussi n'est-on guère étonné de voir le volume de 500 pages prendre, vingt ans après, les proportions d'un ouvrage de 1,200 pages. Le rapprochement de ces deux chiffres suffit, je pense, à faire bien saisir l'importance de la collaboration de M. Huchard à cette nouvelle édition.

La distribution de l'œuvre d'Axenfeld a été religieusement conservée; mais que de chapitres nouveaux il a fallu faire entrer dans l'ancien cadre! que d'anciens chapitres ont du être en quelque sorte refondus, et combien d'autres ont reçu des développements considérables! Il nous est impossible de suivre pas à pas le nouvel éditeur dans les améliorations qu'il a apportées à l'œuvre du maître; nous nous contenterons des grandes lignes.

Comme chapitres inédits, nous citerons en première ligne, celui consacré à l'étude de la *maladie de Parkinson*. En trente pages sont admirablement résumés les nombreux travaux que cette affection a suscités dans ces dernières années; mais il y a là plus qu'une simple œuvre d'érudition, M. Huchard a tracé de la paralysie agitante un tableau d'une saisissante exactitude et qui fait grand honneur à son talent de description. A côté de ce chapitre, citons encore ceux qui traitent de la *névralgie dia-*

phragmatique; des *paralysies d'origine viscérale et périphérique*, du *nervosisme classique* ou *neurasthénie*.

Mais la partie de l'œuvre qui a pris surtout des développements exceptionnels, c'est celle qui est relative aux névroses complexes, c'est-à-dire la chorée, l'épilepsie et l'hystérie.

Pour compléter le chapitre sur l'épilepsie, M. Huchard a dû étudier d'une façon spéciale le vertige avec ses symptômes caractéristiques d'ordre psychique, l'état mental des épileptiques, l'épilepsie sanguine du pléthorique, celle produite par lésions des nerfs, etc., etc. Quant à l'hystérie, plus de deux cents pages lui sont consacrées dans la nouvelle édition. Il n'était pas aisé de faire entrer dans un cadre aussi restreint l'énorme quantité de matériaux qui se sont accumulés, depuis une quinzaine d'années surtout, sur cette névrose. M. Huchard s'est tiré de cette tâche difficile et délicate à son honneur. Il a pu faire entrer dans la description un peu succincte d'Axenfeld les importantes découvertes dues surtout à l'école de la Salpêtrière. Les travaux de M. Charcot et de ses élèves, ceux des médecins anglais et allemands ont été largement mis à contribution et habilement mis en œuvre; aussi on peut dire que ce chapitre est à lui seul une monographie aussi complète que possible. La partie la plus difficile à traiter était celle relative au caractère, aux mœurs, au délire, en un mot à l'état mental des hystériques. L'auteur a très bien décrit cette sorte d'*ataxie morale*, cette *mobilité*, qui forment le fond du caractère de ce genre de malades; puis passant à un degré plus élevé de perturbations morales, il nous les montre assaillies de ce besoin de dénigrement, de dénonciation, de simulation, etc., qui les rendent les êtres les plus insupportables de la société. A un degré plus élevé encore, on rencontre les conceptions délirantes de toute nature, telles que les idées hypochondriaques, les idées de grandeur, de persécution, etc. Mais ce qui est intéressant à étudier, ce sont les caractères propres que peuvent prendre les différentes formes de folie qui viennent se développer sur un fond hystérique. M. Huchard fait connaître particulièrement les principaux symptômes de la manie hystérique, avec ce qu'il appelle le délire des paroles, avec le délire d'action (agitation, mobilité incessante, impulsions violentes, etc.), avec les hallucinations de la vue (visions d'animaux), etc. Il fait ressortir l'analogie frappante existant entre ce genre de délire et le délire alcoolique. Mais outre la manie hystérique, il existe aussi la mélancolie hystérique, caractérisée par du délire de nature

triste ou dépressif, des hallucinations terrifiantes de la vue — la malade voit des cercueils, des cadavres, des fantômes blancs, etc., — des hallucinations de l'ouïe, etc. Cette forme, pour être moins fréquente que la manie hystérique, s'observe cependant souvent, et parfois même elle peut alterner avec celle-ci. M. Huchard ne la décrit pas d'une manière distincte; mais on trouve épars dans les pages qu'il consacre au délire hystérique, les éléments de cette description.

Nous devrions encore citer, dans ce chapitre sur l'hystérie, maintes additions importantes, maints paragraphes, bien des observations dénotant la profonde sagacité du cliuicien; mais il nous faudrait nous arrêter pour ainsi dire à chaque page. Nous préférons appeler encore l'attention du lecteur sur le traitement. M. Huchard a su, avec un grand esprit critique, discerner au milieu de tous les moyens proposés, le bon du mauvais. Les médications employées contre l'hystérie sont nombreuses; aucune n'est assurée de toujours réussir; aussi l'auteur a-t-il raison de conclure : « Dans toute la thérapeutique de l'hystérie, un même principe doit diriger le médecin, c'est-à-dire tâter la susceptibilité des malades et varier souvent les médications. »

On voit par cette courte et insuffisante analyse la part importante qui revient à M. Huchard dans ce beau livre, destiné à prendre place dans la bibliothèque de tous les praticiens. Le nouvel éditeur — nous devrions dire le nouvel auteur — des *Névroses*, est sûr du succès de l'œuvre qu'il a menée à bonne fin et dont il s'est chargé en souvenir d'un maître vénéré. C'est ce souvenir, cette affection profonde, qui dictent à M. Huchard cette belle page de son introduction, que nous nous plaisons à reproduire :

« On ne saura jamais assez dire ce que furent la bienveillance, le dévouement et l'abnégation de cet homme de cœur qui sut toujours rester modeste et bon au milieu de ses plus grands soucis de professeur et de médecin. Ses élèves ne se rappellent-ils pas ces consultations ou ces visites de l'hôpital, pendant lesquelles il compatissait avec tant de douceur aux innombrables misères dont il était le témoin attendri, et soutenait de ses encouragements ou du secours de sa bourse, toujours si généreusement ouverte, les malheureux déshérités de la santé ou de la fortune? On l'avait déjà vu, jeune encore, pendant son internat, donner la mesure de son dévouement, s'installer au chevet de son maître Giraldès, victime d'un cruel accident, lui prodiguer jour et nuit les soins les plus assidus,

voulant par tous les moyens calmer l'acuité des souffrances physiques et morales... Maître plus tard, n'apprend-il pas qu'un de ses anciens internes vient d'être atteint d'une redoutable maladie contractée à l'hôpital? Aussitôt il accourt, il ne manque pas un jour, pendant de longs mois, de venir apporter le secours de ses exhortations et de ses bonnes paroles, il relève un courage abattu et près de défaillir, il adoucit par sa présence l'amertume de tristes pensées et de sombres présages, et avec d'autres maîtres excellents, d'habiles chirurgiens, de collègues et d'amis dévoués dont le souvenir n'est pas perdu, il panse et guérit la blessure.

» Celui qui écrit ces lignes, ne pourra jamais l'oublier... »

Nous ne pouvons mieux faire que de terminer notre analyse sur cette page, qui honore autant celui qui l'a écrite que celui qui l'a inspirée.

Dr Ant. Ritti.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Fortieth annual report of the managers of the state lunatic asylum at Utica, for the year 1882. Albany, 1883; br. in-8°.

— Sixty-ninth annual report of the trustees of the Massachusetts general bospital and Mac Lean asylum. 1882; br. in-8°.

— Les maladies de la volonté; par M. Ribot. Paris, 1883; vol. in-18.

— The opium habit; its successful treatment by the avena sativa; par le Dr E. M. Sell. Jersey city, 1883; br. in-8°.

— General paralysis; par le D Philip Zenner; br. in-8°.

— Apbasia; witb details of two interesting cases; par le Dr P. Zenner, Cincinnati, 1883; br. in-8°.

— Les céphalalgies de croissance; par le Dr Blacbe. Paris, 1883; br. in-8°.

— Il peso specifico dell' encefalo negli alienati; par le Dr Enrico Morselli; Reggio nell'Emilia, 1882; br. in-8°.

— Annual report of tbe royal Edinburgh asylum for the insane, for the year 1882; par le Dr Clouston; Morningside, 1883; br. in-8°.

. — Des bains prolongés chez les aliénés agités; par le Dr J. Millet. Paris, 1883; br. in-8°.

— De la folie à double forme, circulaire, alterne; par le Dr Ambr. E. Mordret. Paris, 1883, br. in-8°.

— A treatise on insanity in its medical relations, par le Dr William A Hammond. New-York, 1883; vol. in-8°.

— La pathologie de l'esprit; par le Dr Henry Maudsley; trad. par le Dr Germont.

M. H. Maudsley, professeur à l'University collège de Londres, est déjà connu en France, par son livre *Le crime et la folie*, publié dans la *Bibliothèque scientifique internationale*.

La librairie Germer Baillière vient de faire paraître une traduction de sa *Pathologie de l'esprit*, appelée à un succès non moindre que ses précédents ouvrages.

Dans ce livre l'auteur étudie d'abord les causes de la folie et les moyens de la prévenir; mais avant d'aborder le problème pathologique, il se place à ce point de vue que l'aliénation mentale est un phénomène social et il l'examine dans ses relations avec l'organisme social. Puis arrivant à la symptomatologie, il expose les divers symptômes des désordres de l'esprit, suivant les cas et les périodes de leur développement; et il consacre des chapitres spéciaux à la description des différentes maladies et à leur traitement. Il rattache encore à son sujet des études sur le sommeil et les rêves, sur l'hypnotisme et le somnambulisme; et l'examen de ces états, bien que ne rentrant pas strictement dans le cadre de la pathologie mentale, jette une vive lumière sur les phénomènes encore si obscurs de la pathologie de l'esprit.

(1 vol. in-8° de la Bibliothèque de philosophie contemporaine, 10 fr.).

Phénomènes nerveux, intellectuels et moraux, leur transmission par contagion, in-8° de 400 pages; par M. J. Rambosson, lauréat de l'Institut, officier de l'instruction publique, etc. — Librairie de Firmin-Didot et Cie.

La contagion des phénomènes nerveux, intellectuels et moraux est à l'ordre du jour, et préoccupe toutes les intelligences.

Cette contagion comprend les tics nerveux, les maladies épileptiformes, les affections mentales, depuis la folie la plus caractérisée jusqu'au simple égarement du sens commun, l'entraînement au suicide, à l'homicide, aux crimes de toute espèce, etc.

Aucun sujet n'intéresse davantage l'esprit humain, il touche aux questions les plus graves et les plus élevées. Dans une suite de mémoires lus et communiqués à l'*Académie des sciences*, à l'*Académie des sciences morales et politiques* et à l'*Académie na-*

tionale de médecine, M. Rambosson a traité ce sujet avec une clarté et une méthode qui lui ont valu le suffrage du monde savant.

De plus, il fait l'application de la loi de la *transmission et de la transformation du mouvement expressif*, qui explique cette contagion, au caractère essentiel du langage chez l'homme et chez l'animal, à la compréhension spontanée du langage et des beaux-arts, à leur développement normal, à leur influence sur le physique et sur le moral, etc., etc.

L'ouvrage qu'il nous donne aujourd'hui, non seulement développe ces mémoires académiques, qui ont eu un si beau succès en France et à l'étranger, mais il aborde et éclaire une foule de questions nouvelles de la plus haute importance.

Cet ouvrage, qui intéresse tout à la fois les savants de premier ordre et les hommes du monde qui ne veulent pas rester étrangers aux questions les plus palpitantes d'intérêt et d'actualité, n'aurait pu venir plus à propos.

ASSOCIATION MUTUELLE

DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 30 avril 1883

Présidence de M. BAILLARGER

L'assemblée s'est tenue comme les années précédentes au domicile du Président, 8, rue de l'Université.

M. Billod fait un rapport verbal sur les comptes du trésorier, qu'il avait été chargé d'examiner conjointement avec M. Dumesnil.

Ils déclarent qu'après examen, ils ont trouvé les comptes exacts et les pièces à l'appui régulièrement établies et ne peuvent qu'adresser des remerciements à M. le Trésorier.

M. le Président donne la parole à M. Mitivié pour la lecture de son rapport annuel.

Messieurs,

Avant de vous rendre compte de la situation morale et financière de l'association, vous me permettrez de me conformer à un usage déjà ancien parmi nous, celui de rendre un dernier hommage aux membres que la mort nous a enlevés pendant le cours de l'année.

Le 14 avril 1882 succombait à l'âge de soixante-huit ans le Dr Jules Dagron. Ancien élève de Ferrus, Dagron était entré dans le service des aliénés le 20 janvier 1843 comme médecin préposé responsable du quartier des aliénés de la Vendée. Il contribua à la construction de l'asile départemental de la Grimaudière, à la Roche-sur-Yon, dont il devint le directeur médecin le 1er janvier 1853. Il y organisa sur une vaste échelle l'exploitation agricole et maraîchère. Dagron fut successivement appelé à la direction médicale et administrative des asiles de Bonneval (1862), de Prémontré (1867) et de Ville-Evrard (1868). C'est dans ce dernier établissement qu'il prit sa retraite le 1er janvier 1877, après quarante-quatre années consacrées au service des

aliénés, pendant lesquelles il avait fait preuve de remarquables qualités administratives. Au milieu de ses occupations diverses, Dagron avait encore trouvé le temps de publier quelques travaux, entre autres un volume sur les aliénés et les asiles d'aliénés. Membre de la Société médico-psychologique, chevalier de la Légion d'honneur, Dagron nous appartenait comme membre fondateur depuis 1866.

Peu de mois après, le 5 juin, nous apprenions la mort du Dr Lagardelle succombant aux progrès d'une cruelle maladie à l'âge de 44 ans, frappé en pleine activité intellectuelle, alors qu'un passé laborieux et glorieusement rempli promettait un avenir plus brillant encore.

Cette carrière fut prématurément brisée après dix-sept années de services dans les différents postes suivants : médecin résidant à la maison de santé d'Ivry pendant quelques mois, médecin adjoint à l'asile de Dijon en 1865, puis à l'asile de Bordeaux, médecin responsable de quartier des aliénés de Niort, directeur-médecin de l'asile de Moulins, puis enfin médecin en chef successivement des asiles de Marseille, Bron et Bordeaux.

Ces longs et laborieux services et la publication de nombreux mémoires sur la pathologie mentale firent reconnaître chez Lagardelle une grande intelligence et une grande activité d'esprit qui lui valurent l'honneur d'être attaché à la Faculté de médecine de Bordeaux comme professeur chargé du cours de clinique des maladies mentales. Il comptait au nombre de nos sociétaires.

Le 30 octobre dernier votre conseil admettait au nombre des membres sociétaires le Dr André, médecin adjoint de l'asile de Fains. Nous aurions aujourd'hui à vous faire part de son admission et nous avons la douleur d'annoncer sa fin prématurée. A peine était-il inscrit sur nos listes, que dans les premiers jours de janvier 1883 nous apprenions sa mort arrivée à l'âge de vingt-six ans. Après avoir été interne des asiles de Maréville et de Fains, André soutenait en 1879 sa thèse sur le chloral et son application au traitement des maladies mentales. Ce travail sérieux donnait les plus belles espérances pour l'avenir.

A ces trois noms, messieurs, nous joindrons celui du Dr Joseph Arthaud décédé, à l'âge de soixante-douze ans, le 17 mars 1883, après quarante-et-un ans consacrés à l'amélioration de la condition physique et morale des aliénés. Elève de l'Antiquaille et de la Salpêtrière, Arthaud avait appris auprès de ses maîtres, non seulement à connaître mais à aimer l'aliéné, condition indispensable

pour le bien servir. Sa thèse inaugurale sur le siège et la nature des maladies mentales indiquait la direction qu'il voulait donner à sa carrière médicale et, dès 1842, Falret père le désignait pour la place de médecin adjoint de l'Antiquaille où il avait fait ses premières études. Il y fut médecin en chef de 1849 à 1877, époque à laquelle il fut transféré à l'asile de Bron, qu'il avait contribué à faire édifier et où il resta jusqu'à sa mort, en qualité de médecin-directeur, médecin en chef et professeur de clinique des maladies mentales. Auteur de plusieurs travaux, il publia entre autres une relation de l'épidémie de Morzine, un mémoire sur le degré de responsabilité des épileptiques. Ouvrier de la première heure, Arthaud était membre fondateur de notre association depuis 1866. A des titres divers, mais tous avec un égal dévouement, ces regrettés confrères ont servi les aliénés, honoré la médecine mentale ; nous ne faisons qu'acte de justice en rendant un dernier témoignage d'estime et de regret à leur mémoire.

Après ces pertes nous signalerons la démission de MM. Raynaud, Bonnefous, Fabre de Parrel, ne faisant plus partie du service des aliénés ; ils étaient membres sociétaires.

Ces vides sont heureusement comblés par 21 adhésions nouvelles : ce sont celles de :

MM. Allemandou, de l'asile de Vaucluse ;
Pierret, de l'asile de Bron comme fondateur ;
Longeaud, de l'asile de Rodez ;
Chadzinski, de l'asile d'Auxerre ;
Bessière, de l'asile d'Evreux ;
Charpentier, de la Salpêtrière ;
Planat, de l'asile de Nice ;
Deny, de l'hospice de Bicêtre ;
Rey, de l'asile de Ville-Evrard ;
Audy, de l'asile Saint-Pons à Nice ;
Millet, de l'asile de Prémontré ;
Febvré, de l'asile de Mont-de-Vergues ;
Nolé, de l'asile de Bailleul ;
Vallon, de l'asile Saint-Anne ;
Schils, de l'asile de Ville-Evrard ;
Picard, de la maison de Haute-Malgrange ;
Martinenq, de l'asile Saint-Yon ;
Decoux, de l'asile de la Cellette (Corrèze) ;

MM. Quinemant, asile de la Providence-Niort;

Chaussinand, asile de Fains;

Auguste Guyot, asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure) ; comme membres sociétaires.

MM. Simon et Taguet pour 1882 et Hommery pour 1883 ont changé leur titre de sociétaire pour celui de fondateur.

Par suite de ces diverses modifications, notre effectif se compose de 138 membres ainsi répartis :

Membres fondateurs.	59
Membres sociétaires.	77
Membres honoraires.	2
	138

Nous sommes heureux de souhaiter la bienvenue à nos nouveaux collègues, jamais ils n'étaient venus si nombreux en une année et jamais notre association n'avait atteint le chiffre que nous venons de vous mentionner. Ce n'est pas encore assez, mais c'est d'un bon augure.

Il semble, messieurs, que plus la famille aliéniste est attaquée, plus elle sent le besoin d'opposer à l'injustice l'union et la concorde. La passion du jour verse à plaisir le blâme sur la médecine mentale ; oui, serrons nos rangs, mais soyons sans crainte. Si la médecine mentale regarde le passé, elle a ses gloires et ses martyrs qui lui permettent de porter la tête haute et fière ; pour le présent elle est assez noblement armée, elle a suffisamment conscience de sa valeur pour regarder l'attaque en face et parer ses coups. Quant à l'avenir.... il lui appartient ; la raison, le bon sens, la justice peuvent être momentanément obscurcis, mais ce n'est qu'une éclipse de courte durée.

En 1882, les recettes ont atteint la somme totale de 9,974 fr. 15 en augmentation de 196 fr. sur l'an passé.

Elles sont ainsi réparties :

Cotisations.	3.340 fr.
Subvention ministérielle.	1.500 »
Allocation du département de la Seine.	1.000 »
Souscriptions d'asiles.	1.350 »
Intérêts de capitaux.	2.734 15
Don de M. Billod.	50 »
Total. . . .	9.974 15

Le ministère de l'intérieur et l'administration départementale de la Seine nous continuent leur généreux concours, nous les en remercions ainsi que les administrations provinciales qui ont admis dans le budget des asiles une légère obole en notre faveur. Nous mentionnerons cette année comme nouveaux asiles souscripteurs, l'asile de Fains pour 50 francs, et pour 1883 les asiles d'Evreux et de Maréville, chacun pour 100 francs.

Ces nouvelles souscriptions portent à 18 le nombre des asiles souscripteurs, ce sont les asiles :

de Dôle	100 fr.
Mont-de-Vergues	100
Aix	50
Quatre-Mares	100
Saint-Yon	100
La Roche-Gandon	100
Saint-Dizier	50
Auxerre	100
Prémontré	100
Saint-Lizier	50
Armentieres	100
Pau	100
Toulouse	100
Cadillac	50
Châlons	100
Fains	50
Evreux	100
Maréville	100
Total	1550 fr.

Les dépenses et achats de valeurs pour l'année 1882 se montent au chiffre de 11,163 fr. 80 ainsi décomposé :

Secours à la veuve d'un fonctionnaire de service des aliénés ne faisant pas partie de l'association	1.000 fr.
Secours à 3 veuves d'anciens internes d'asile	700 »
Secours à 8 veuves, à une fille et à un fils de médecins d'asile membres fondateurs ou sociétaires	5 050 »
Secours à un ancien médecin d'asile, membre sociétaire	500 »
Frais d'administration	50 70
Achat de 140 francs de rente 3 p. 100	3.863 10
Total	11.163 80

De ces chiffres il ressort que l'association a distribué en secours 7,250 francs, soit 550 francs de plus que l'an passé.

Si l'on rapproche le total des dépenses 11,163 fr. 80 du chiffre des recettes, 9,974 fr. 15 il y a du côté des dépenses un excédent de 1,189 fr. 65 qui constituerait en apparence un déficit, mais qui n'est autre qu'un placement de fonds exagéré et anticipé, d'ailleurs au bénéfice immédiat de l'association qui jouit du revenu de ladite somme.

Ce nouveau placement de fonds, signalé plus haut, porte le capital, calculé au prix d'achat, au chiffre de 61,772 fr. 40 savoir :

1600 fr. de rente 5 0/0	31.854 fr.	60
585 fr. de rente 3 0/0	15.133	35
43 obligations du Midi.	13.465	80
4 obligations Lyon-Méditerranée	1.318	65
Total	61.772	40

De ces chiffres il résulte que depuis 1865, date de sa fondation, l'association a distribué en secours une somme totale de 60,250 francs sans avoir eu le chagrin de repousser aucune demande de secours; tout en préparant l'avenir par une sage réserve.

Les ressources budgétaires pour l'année 1883 sont établies de la façon suivante :

Cotisations.	3.430	fr.
Souscriptions d'asiles	1.250	
Allocation ministérielle.	1.500	
Subvention du département de la Seine. . . .	1.000	
Intérêts de capitaux.	2.730	
Total	10.210	fr.

Sur cette somme conformément à l'art. 16 des statuts nous pouvons dépenser 7,716 francs.

Le conseil, dans sa séance du 29 janvier, a alloué sur l'exercice 1883 pour le 1er semestre les secours suivants à 5 veuves à une fille et à un fils de membres fondateurs ou sociétaires 2.200 fr.

A un ancien médecin d'asile, sociétaire 250

Total 2.450 fr.

Récapitulation des secours et frais.

ANNÉES.	SECOURS.	FRAIS D'ADMINISTRATION.	TOTAUX.
1865 et 1866	650	146 50	796 50
1867	4.150	64 49	3.614 40
1868	4.950	444 30	2.094 40
1869	4.500	53 70	2 553 70
1870	4.300	56 30	3.353 30
1874	4.800	63 60	3.866 60
1872	2.200	78 65	3.278 65
1873	3.200	347 30	3.347 30
1874	3.250	74 65	3.324 65
1875	3.800	51 90	3.851 90
1876	4.700	63 55	4.763 55
1877	5.150	56 35	5.206 35
1878	4.650	66 20	4.736 20
1879	4 900	45 25	4.945 25
1880	5.700	34 90	5.734 90
1884	6.700	75 80	6.775 80
1882	7.250	50 70	7.300 70
TOTAL.....	60.250	1.269 95	61.519 95

Ces secours distribués laissent disponible un solde de 5,266 francs sur lequel le conseil a décidé de vous proposer d'accorder :

1° La continuation du secours de 600 francs que, depuis sa fondation, l'association accorde à la veuve d'un médecin attaché au service des aliénés, ne faisant pas partie de l'association ;

2° La faculté d'augmenter de 3 ou 400 francs ce secours, si pendant le restant de l'année le conseil le jugeait urgent et possible ;

3° Un secours de 600 ou 700 francs à trois veuves d'anciens internes d'asile.

Ces différentes sommes versées laisseraient un solde de 3,566 francs disponible pour les nécessités du 2e semestre de 1883 qui, selon les prévisions, doivent se monter à 3,050 francs il resterait encore 500 francs pour les éventualités qui pourraient surgir.

Ces différentes propositions sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité.

Récapitulation des recettes.

ANNÉES.	COTISATIONS.	SOUSCRIPTIONS d'usines, allocations ministérielles, et départementales.	DONS. Plus-value et remboursement de valeurs	INTÉRÊTS ET RACHATS de cotisations.	TOTAUX.
1865 et 1866	5.800	»	»	58 40	5.858 40
1867	3.630	500	375.00	243 50	5.348 50
1868	3.690	875	»	377 30	4.242 30
1869	3.600	650	»	530 15	4 780 15
1870	3.664	725	»	638 65	5.027 65
1871	3.405	650	»	723 60	4.778 60
1872	3.370	200	»	784 65	5.354 65
1873	3.380	2.450	»	3.001 45	6.531 45
1874	3.335	2.250	1.404 75	4 486 »	8 475 75
1875	3.260	2.450	»	5.772 »	7.482 00
1876	3.390	3.450	»	6.835 50	8.675 50
1877	3.380	3.450	100 »	5.983 75	8 913 75
1878	3.645	3.650	100 »	2.455 60	9.550 60
1879	3.460	3.700	»	2.378 40	9.538 40
1880	3.319	3 319	»	2 483 20	9 502 20
1881	3 290	3.290	»	3.637 35	9.727 35
1882 *	3.340	3.340	50 »	2.734 15	9.974 15
TOTAL.....	60.958	36.650	3 029 75	22.823 65	123.461 40

* Y compris les restes à recouvrer.

M. le Président. — Par application de l'article 9 des statuts nous devons procéder au renouvellement d'une partie du conseil.

Les membres sortants et rééligibles sont MM. Baillarger, Lunier, Foville, Constans, Mitivié, tous réélus membres du conseil.

Sont également réélus membres du bureau :

M. Baillarger, président ; M. Lunier, trésorier ; M. Mitivié, secrétaire général.

La séance est levée à quatre heures.

Mitivié,

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Par arrêté de M. le ministre de l'intérieur en date du 9 mai 1883, M. le Dr Lunier, inspecteur général honoraire des services administratifs du ministère de l'intérieur, a été spécialement chargé de l'inspection des services se rattachant à la protection du premier âge.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 22 mai 1883, M. le Dr Lunier a été élu membre de l'Académie dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale.

— *Arrêté du 24 avril* 1883, M. le Dr Pichenot, ancien interne de l'asile d'Aix, a été nommé médecin adjoint de l'asile de Bassens en remplacement de M. Danthony, non acceptant, et placé dans la 2e classe de son grade (2,500).

— *Arrêté du 19 mai* 1883 : M. le Dr Girma, ancien interne des asiles de Montauban, Blois et Charenton, a été nommé médecin adjoint de l'asile de Saint-Luc, à Pau, en remplacement de M. le Dr Henri Védie, mis en disponibilité, sur sa demande. M. Girma a été placé dans la 2e classe de son grade (2,500).

NÉCROLOGIE

Le Dr Petit. — La médecine mentale vient encore de faire une perte cruelle. Le 8 juin est mort à Nantes, après une courte maladie, J.-B. Petit, médecin en chef du quartier de l'hospice Saint-Jacques réservé aux aliénés.

J.-B. Petit, né à Guéret le 19 avril 1824, commença ses études médicales à Paris ; après avoir été trois ans externe des hôpitaux, il fut nommé sur la recommandation de Ferrus, le 6 mai 1846, interne à l'asile d'aliénés de Maréville. Il y trouva comme maître Archambault, avec lequel il se lia d'une étroite amitié, et avec la famille duquel il conserva toujours les plus intimes, les plus affectueuses relations. C'est à dater de cette époque qu'il se donna tout entier à l'étude de la médecine mentale ; un moment, cédant à la pression des circonstances, il parut s'é-

loigner d'elle, il exerça pendant deux ans et demi la médecine à Compiègne, mais il ne put s'habituer à la vie de médecin praticien et les fatigues que lui imposait une clientèle nombreuse, l'ardent désir de revenir à des études qui lui étaient restées chères, le décidèrent à demander à Ferrus une place de médecin dans un asile d'aliénés.

Il fut nommé à Dôle, mais ne s'y installa pas. Le médecin en chef du quartier d'hospice de Nantes venait de mourir, Petit fut choisi pour le remplacer, le 2 mai 1854.

Il y avait beaucoup de bien à faire; toute la partie de l'hospice consacrée aux aliénés était alors au-dessous du médiocre, l'encombrement était partout, avec des installations misérables. Petit se mit courageusement à l'œuvre; à force d'énergie, de patience, il obtint du conseil d'administration les réformes nécessaires. Il donna les plans de deux quartiers nouveaux, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes pensionnaires; c'est sous son inspiration, sous sa direction, que s'élevèrent les bâtiments destinés à dégager le quartier des indigents. C'est un acte de suprême justice que de reconnaître cette œuvre comme sienne, et de ne point permettre que le souvenir de son initiative éclairée soit perdu.

Mais le chiffre de la population croissait toujours. Petit ne se lassait pas de répéter que son quartier d'aliénés était insuffisant. Il avait fini par convaincre le conseil général de la Loire-Inférieure, le préfet, qu'un grand asile départemental était nécessaire; il en avait déterminé l'assiette, il en avait préparé les plans; il pouvait enfin espérer le triomphe de ses idées quand la mort est venue le surprendre avant qu'il ait pu achever l'œuvre qu'il avait si longtemps méditée.

C'est que Petit avait usé sa vie dans des épreuves de toute sorte. Ne faisant rien à demi, il avait eu beaucoup à lutter. Il avait été, aussi, douloureusement ébranlé par les inquiétudes que lui avait causées la santé des siens; un profond chagrin était venu l'atteindre l'année dernière, il avait perdu une de ses filles succombant à une fièvre typhoïde dont elle avait, peut-être, pris le germe à l'asile même où sévissait une véritable épidémie. Depuis ce jour, il avait fléchi et sa douleur avait brisé ses forces. Lui qui avait traversé deux épidémies de choléra en 1854 et en 1869, une épidémie meurtrière de variole en 1881 et 1882, lui qui avait suffi à tout, sans médecin adjoint, avec un zèle, un dévouement remarquables, ne trouvait plus en lui-même une énergie dont il eût eu besoin pour se reprendre à la vie. C'est en revenant de porter, comme il le faisait chaque jour, sur la tombe de sa fille, des fleurs cueillies par lui pour elle, qu'il s'affaissa pour ne plus se relever. Petit était un homme de grand cœur, d'une intelligence élevée, c'était aussi un administrateur habile. Médecin, il a été pour ses malades d'une bonté rare, il leur était sincèrement attaché; il eût pu, s'il l'avait voulu, accepter la direction d'un asile plus important, mais il avait, croyait-il, une tâche à terminer, il est resté

à son poste, attendant la réalisation d'un projet qu'il avait mûrement étudié, demandant comme couronnement d'une carrière noblement remplie la création d'un asile qui eût été, selon lui, une gloire pour le département de la Loire-Inférieure.

Petit jouissait à Nantes de l'estime de tous, sa réputation était solidement assise. Il appartenait à la Société académique qu'il présida en 1868. C'est lui qui, en 1859, fonda l'association des médecins de la Loire-Inférieure, dont il fut pendant seize ans le président ; en 1880, il fut nommé président honoraire. Ses confrères en lui donnant ce titre rendaient hommage à son dévouement à leur cause, ils ont apporté sur sa tombe l'expression de leurs sincères regrets.

Il appartenait depuis 1865 à la Société médico-psychologique comme membre correspondant (1). Il ne comptait parmi nous que des amis. Nous nous réunissons dans un sentiment d'affectueuse sympathie, pour adresser à sa famille en deuil l'expression de nos sincères regrets.

Petit a publié : 1° une thèse inaugurale, 28 juin 1850, sous ce titre : *Recherches statistiques sur l'étiologie du suicide*, monographie excellente où se trouvent rassemblés des documents du plus haut intérêt.

2° *Examen de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés*, br. in-8°, Nantes. — Travail écrit avec beaucoup de verve, où la loi est défendue avec des arguments que le temps n'a pas affaiblis.

3° *Des Comptes rendus administratifs et statistiques sur le quartier d'aliénés de l'hospice Saint-Jacques*.

A. MOTET.

SERVICE DES ALIÉNÉS. — VŒUX ÉMIS PAR LES CONSEILS GÉNÉRAUX DANS LEURS SESSIONS DE 1881.

Traitement et pension de retraites des directeurs et médecins en chef : Vœu qu'ils soient mis à la charge de l'Etat : Eure-et-Loir, Marne, Sarthe.

Réunion des fonctions de directeur et de médecin en chef : Vœu que cette question soit sérieusement étudiée par la commission extraparlementaire nommée en 1881 : Isère.

Infirmiers : Vœu qu'on étudie l'organisation d'un corps d'infirmiers : Isère, Seine-Inférieure.

Aliénés étrangers : Vœu qu'une subvention de l'État vienne atténuer, dans une certaine mesure, les sacrifices que s'impose la Seine pour les aliénés étrangers au département de la Seine.

(1) *Ann. méd.-psych.*, 4e série, t. VI, 1865, p. 114.

EXPOSITION FRÉNIATRIQUE A VOGHERA.

Le quatrième congrès de la Société fréniatrique italienne doit avoir lieu au mois de septembre 1883, à Voghera: à cette occasion, on organise, dans la même ville, une exposition fréniatrique, d'un caractère exclusivement technique et scientifique, destinée à faire connaître les progrès récemment accomplis dans la science psychiatrique, dans l'organisation administrative, dans l'agencement technique des asiles d'aliénés.

L'exposition comprendra quatre catégories d'objets :

1° Appareils et instruments scientifiques pour l'étude somatique des aliénés ; figures et préparations relatives à l'anatomie et à l'histologie du système nerveux ;

2° Projets, plans, modèles relatifs à la construction des asiles, des cliniques psychiatriques, des sections pour idiots, pour agités, etc. ;

3° Objets d'hygiène manicomiale et de mobilier spécial : lits, sièges, portes, fenêtres, moyens de contention, appareils pour l'alimentation forcée, appareils électro-thérapiques, préparations chimiques, etc ;

4° Publications scientifiques, journaux de psychiatrie, de neurologie et d'anthropologie, rapports administratifs.

Les objets destinés à l'exposition doivent être adressés à la Commission ordonnatrice de l'exposition fréniatrique, à Voghera, du 15 août au 15 septembre. Les frais d'expédition et de réexpédition sont à la charge des exposants. Le président de la commission est le professeur Raggi.

Le programme que nous avons sous les yeux ne dit pas si l'exposition est purement italienne ou si les étrangers y seront admis. Il suffirait d'écrire au Dr Raggi pour s'en assurer.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

La *Crónica médico quirurgica de la Habana* raconte le fait suivant qui démontre l'importance de la séquestration des aliénés une fois que le médecin a constaté leur irresponsabilité. Les Drs Mulcay et Pardiñas avaient certifié la démence d'un nommé Garcia. Quelques jours après, pris d'un accès de fureur, cet homme, armé d'un revolver, se rendit chez le Dr Mulcay. Celui-ci prévenu par ses amis eut le temps de se renfermer chez lui; mais son père qui venait le voir, reçut une balle de revolver qui ne lui fit, heureusement, qu'une blessure légère. Personne n'osait approcher. Les gendarmes appelés furent obligés pour se défendre de faire usage de leurs armes, et le malade fut tué d'un coup de fusil.

— On nous télégraphie de Mirande :

Un *drame épouvantable* vient de se passer à Labéjan.

Le nommé Antoine Molère, âgé de vingt-neuf ans, a tué son père d'un coup de barre de bois. Une jeune fille, domestique dans la maison, voulut défendre son maître; le meurtrier la tua de la même façon.

On a trouvé les deux cadavres atrocement mutilés.

Antoine Molère s'est laissé arrêter sans opposer la moindre résistance. Il pleurait à chaudes larmes et manifestait un profond repentir.

Il faut se hâter d'ajouter que l'assassin ne paraît pas jouir de toutes ses facultés mentales. Sa mère, M^me^ Molère, voulut le faire interner à la maison de santé d'Auch, quelques jours avant le crime; *mais la demande ne fut pas accueillie* (*la France* du 5 mai 1883).

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

Paris, — Imprimerie de L'ÉTOILE BOUDET directeur, rue Cassette, 1

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

CHRONIQUE

Encore la morphiomanie. — Un cas de délire des négations. — Un cas de suppression brusque et isolée de la vision mentale des objets (formes et couleurs).

A plusieurs reprises, il a été question dans cette *Chronique* de la morphiomanie et des morphiomanes. Le sujet est loin d'être épuisé, et chaque jour nous apporte des documents nouveaux, dont les plus importants sont ceux que nous fournissent les médecins légistes.

L'abus des injections de morphine peut-il amener des troubles intellectuels et, consécutivement, des actes délirants pouvant être ou délictueux ou criminels? Tel est le problème qui s'est posé maintes fois en ces derniers temps et dont il est difficile — étant donné l'état actuel de la science — de fournir une solution satisfaisante. La morphiomanie est, en effet, souvent invoquée soit comme cause d'irresponsabilité, soit pour obtenir une atténuation de la

peine. Comme en tout ce qui concerne la médecine légale, chaque fait particulier devra être étudié spécialement; car il ne peut s'agir ici d'appliquer des principes généraux à l'appréciation de cas spéciaux. Il y a là une infinité de nuances et de distinctions à établir qu'il appartient à la sagacité du clinicien de bien faire ressortir.

L'étude attentive des faits cliniques constituant la base de nos recherches, elle devient encore plus importante lorsqu'on se trouve en présence d'une question, en quelque sorte nouvelle, telle que la morphiomanie. Aussi nous considérons comme une observation d'un très haut intérêt médico-légal, le rapport de M. Blanche, que nous publions plus loin, sur l'affaire de la femme Fiquet, de Dijon, accusée d'avoir noyé une petite fille dans un canal. On verra que si, dans ce cas, la morphiomanie a été invoquée comme cause d'irresponsabilité, rien ne justifiait une telle excuse.

Il n'en est pas de même dans le fait raconté par M. Motet dans un savant rapport présenté, le 7 mai dernier, à la Société de médecine légale (*Morphiomanie*, in *Annales d'hygiène et de médecine légale*, n° de juillet 1883). Il s'agit d'une dame J..., dont l'histoire a fait quelque bruit pour divers motifs. Cette dame, un jour, « fait emplette aux » rayons de lingerie des magasins de la *Ville de Saint-Denis* » de différents objets : la facture s'élève à 120 francs envi- » ron. L'employée qui l'a servie remet sa note à la caisse, » après avoir reçu de Mme J... l'ordre de préparer le paquet; » elle voit cette dame tirer son porte-monnaie comme si » elle allait payer, et s'éloigne sans défiance. Mais Mme J... » dit au caissier qu'elle n'a pas assez d'argent pour solder » sa facture, prie qu'on la lui présente chez elle en appor- » tant le paquet; elle donne un autre nom que le sien, une » fausse adresse, et revenant aux rayons de lingerie, elle se » fait remettre par l'employée les objets qu'elle n'a pas » payés et qu'elle emporte.

» Nous sommes loin du vulgaire vol à l'étalage, et s'il

» fallait s'en tenir à ces données, la responsabilité de » Mme J... ne serait pas douteuse. Mais, avec une impré- » voyance significative, Mme J... rapporte cinq jours après, » aux magasins de la *Ville de Saint-Denis*, une partie des » objets qu'elle a dérobés, disant qu'ils ne lui conviennent » pas, et demandant qu'on lui en rembourse le prix. On » s'était aperçu du vol, on la reconnaît, elle est arrêtée, » conduite chez le commissaire de police, et traduite devant » la dixième chambre; son mari se présente pour elle, allé- » guant qu'elle ne jouit pas de la plénitude de ses facultés » intellectuelles... »

M. Motet rapporte avec soin l'histoire pathologique de Mme J..., ses fréquentes attaques d'hystérie avec cécité momentanée, son accès de délire maniaque avec impulsions violentes, ses douleurs ovariennes ne se calmant que sous l'influence des injections sous-cutanées de morphine, enfin l'usage d'abord modéré, puis excessivement abusif de celles-ci, amenant peu à peu des troubles prononcés des facultés intellectuelles. Mme J... trouva, pour satisfaire sa passion, un pharmacien complaisant qui commit la lourde faute de lui donner, à crédit, du chlorhydrate de morphine, à des doses énormes. Mais le jour vint où, la note atteignant 1,600 francs, le fournisseur voulut, coûte que coûte, être payé. Les menaces du pharmacien, la crainte de manquer de morphine, amenèrent chez cette malheureuse femme une excitation telle que, l'occasion s'en présentant, elle s'empresserait d'en profiter pour se procurer de l'argent. C'est ce qui arriva et nous avons indiqué le moyen employé.

M. Motet n'a pas de peine à démontrer que, étant donnés l'état mental de Mme J..., et la manière dont elle a accompli l'acte délictueux qui lui était imputé, elle ne devait pas être considérée comme responsable. — Le tribunal accepta les conclusions du savant expert et Mme J... fut acquittée.

Cette triste affaire a eu un épilogue. Le pharmacien, qui a délivré sans ordonnance à Mme J..., en 516 jours, 693 gr.

de chlorhydrate de morphine, fut condamné à huit jours de prison, 1,000 francs d'amende et 2,000 francs d'indemnité au mari.

Dans la *Chronique* du numéro de janvier 1883, a été analysé un important travail de M. Cotard sur le *délire des négations*. En appelant l'attention sur cette forme de délire, l'auteur n'a pas voulu créer un type morbide nouveau et encombrer d'une entité nouvelle la classification des maladies mentales ; mais il a cherché à démontrer que les idées de négation constituaient, en quelque sorte, la caractéristique de la mélancolie anxieuse arrivée à l'état chronique. Les observations qu'il apporte à l'appui de cette thèse sont très concluantes. Celle que nous allons reproduire et que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Gros, médecin de l'hôpital de Boulogne, confirme en bien des points le mémoire de M. Cotard. Le délire des négations a été précédé d'une période mélancolique avec refus d'alimentation ; cet état mélancolique était-il accompagné d'anxiétés, de terreurs imaginaires, d'idées de culpabilité, etc. ? L'observation est muette sur ce point.

« En lisant dans le numéro de janvier dernier des » *Annales médico-psychologiques* la description d'une forme » nouvelle de mélancolie *anxieuse*, que le Dr Cotard pro- » pose de désigner sous le nom de *délire des négations*, je » me rappelai, écrit M. Gros, un cas de ma pratique qui me » paraît se rattacher à cette espèce, ou plutôt, à cette » variété morbide.

» Il s'agit d'une demoiselle morte il y a quelques années » dans l'asile de Menain, où elle entra en 1872. — Voici ce » que je trouve dans mes notes : Le certificat d'abord pour » la séquestration : « Je soussigné, etc., certifie que Mlle W..., » sexagénaire, est atteinte, depuis huit mois environ, de » manie sub-aiguë avec délire des actes plus encore que

» des paroles, irritabilité dangereuse, et dispositions à la » violence. Le chagrin de la mort subite de sa sœur paraît » avoir été la cause occasionnelle de cette altération men- » tale caractérisée plus particulièrement au début par les » symptômes de la lypémanie. Il n'existe pas chez elle de » prédisposition héréditaire, etc. » — En janvier 1874, » lorsque le notaire de la famille et moi visitâmes » Mlle W..., à l'asile de Menain (Belgique), elle nous re- » connut, mais s'écria aussitôt : « C'est *un faux* M. Bary! » c'est *un faux* M. Gros! vous êtes tous des fripons, des » gueux ; vous m'avez trompée ; je suis environnée de bour- » reaux ! J'enlèverai tout le monde, et tout le monde m'a » enlevée, etc. »

» Lorsqu'on lui annonça que son frère était décédé : « Emile a disparu, dit-elle ; Alfred (son neveu, bien vivant, » lui) a disparu ! *Il n'y a plus rien, je ne suis plus rien !* » *Dieu a disparu ! il faut que je refasse Dieu !* Azénaïde (sa » sœur dont la mort trouble son esprit), Azénaïde est res- » suscitée, etc. » Elle était d'ailleurs très agitée, et, tout » en niant notre identité, elle chercha à égratigner la main » que nous lui offrîmes avant de la quitter. Elle avait obsti- » nément refusé de signer une procuration que le notaire » lui présenta, et lui jeta la plume à la tête.

» Dans la période des soins qu'elle reçut à domicile, » avant son transfèrement à l'asile, lequel n'eut lieu que » trois ou quatre mois après le début de la maladie men- » tale, elle *refuse* pendant près de trois semaines de man- » ger, et je fus obligé, avec un confrère qui me relevait » pour partager la besogne, de l'alimenter par la sonde » stomacale.

» Ces symptômes divers peuvent légitimement, ce me » semble, se rapporter au *délire des négations*, comme va- » riété. Les négations en paroles, et le refus obstiné des » actes dans l'exemple cité, me paraissent être des mani- » festations d'une même forme de vésanie. Les détails de

» cette observation qui ont été notés *illico* pour entrer dans » un rapport, sont d'une rigoureuse exactitude. »

Au commencement de ce siècle, Gall enseignait « que la mémoire ne doit pas être regardée comme une faculté primitive de l'âme ; qu'elle n'est autre chose qu'un attribut général de toute faculté fondamentale ; qu'il doit y avoir autant de mémoires qu'il y a de facultés essentiellement différentes ; et que par conséquent il ne peut y avoir un organe seul et particulier pour la mémoire » (*Sur les fonctions du cerveau*, Paris 1829, t. IV, p. 380). Cette vérité, reconnue même par l'expérience vulgaire, a été niée de parti pris par les psychologues de profession ; nous en excepterons toutefois M. Th. Ribot qui l'a mise en lumière avec son talent habituel, dans son excellent ouvrage sur les *Maladies de la mémoire*. Les preuves les plus convaincantes de la multiplicité des formes de la mémoire et de leur indépendance relative, nous sont fournies par l'observation clinique. Est-il nécessaire de rappeler à ce sujet les travaux nombreux sur l'aphasie, sur la cécité et la surdité verbale, qui contiennent une foule d'exemples venant à l'appui de la thèse soutenue par Gall, Gratiolet et en dernier lieu par M. Ribot ?

Lorsqu'une question est à l'ordre du jour, les faits qui la confirment semblent souvent venir en quelque sorte d'eux-mêmes au-devant de l'observateur. C'est ainsi que M. le professeur Charcot, qui a pris pour sujet de son enseignement clinique les diverses variétés de l'aphasie, a eu l'occasion d'étudier un cas pathologique remarquable et bien propre à mettre en lumière la possibilité de la suppression isolée de l'une des formes de la mémoire.

Dans cette observation publiée par M. D. Bernard dans le *Progrès médical* (numéro du 21 juillet 1883), il s'agit d'un homme fort instruit, polyglotte et doué d'une *mémoire*

visuelle étonnante. « La *vision mentale* lui donnait au premier appel la représentation des traits des personnes, la forme et la couleur des choses avec autant de netteté, assure-t-il, et d'intensité que la réalité même. Recherchait-il un fait, un chiffre relatés dans sa correspondance volumineuse et faite en plusieurs langues, il les retrouvait aussitôt dans les lettres elles-mêmes qui lui apparaissaient dans leur teneur exacte, avec les moindres détails, irrégularités et ratures de leur rédaction..... Pour faire une addition, M. X..: n'avait qu'à parcourir les diverses colonnes de chiffres étalés devant lui, fussent celles d'un grand livre, et il alignait le total sans hésitation, tout d'un coup, sans être obligé de se livrer à ces opérations de détail, chiffre à chiffre, qu'on a coutume de faire..... M. X... a beaucoup voyagé. Il aimait à *croquer* les sites et les perspectives qui l'avaient frappé. Il dessinait assez bien. Sa mémoire lui offrait, quand il le voulait, les panoramas les plus exacts. Se souvenait-il d'une conversation? Recherchait-il un propos? une parole donnée? Le lieu de la conversation, la physionomie de l'interlocuteur, la scène entière, en un mot, dont il ne recherchait qu'un détail, lui apparaissait dans tout son ensemble. »

Un jour, après de vives préoccupations d'affaires, après de violentes émotions, il se produisit chez M. X... un profond changement; le mémoire usuelle des formes et des couleurs disparut complètement. Cette disparition, qui n'était accompagnée d'aucun trouble des facultés intellectuelles, M. X... en eut conscience; bien plus, il reconnut qu'il pouvait, par d'autres moyens, suppléer par d'autres formes de la mémoire à celle qu'il avait perdue. Il fut donc conduit, pour ainsi dire instinctivement, à développer sa mémoire auditive qu'il avait jusque-là fort négligée. « Autrefois, dit M. Bernard, quand il voulait apprendre par cœur une série de phrases, il lui suffisait de les avoir *vues* une fois ou deux ; aujourd'hui, pour obtenir le même ré-

sultat, il est obligé de *lire* les phrases, plusieurs fois, *à haute voix*, et quand le moment est venu de répéter la chose apprise, il a très nettement la sensation, nouvelle pour lui, de l'audition intérieure précédant l'émission des paroles. C'est dire que, privé actuellement de l'image visuelle du signe, il a appris à évoquer son image auditive ou, en d'autres termes, que chez lui *l'équivalent auditif* remplace *l'équivalent visuel* du mot. C'est donc là un nouvel exemple de ces « suppléances » que l'on rencontre à chaque pas dans l'histoire de l'aphasie, telle qu'elle est aujourd'hui comprise, et sur lesquelles M. Charcot a particulièrement insisté dans ses dernières leçons. »

N'oublions pas de rappeler que cette déchéance de la mémoire visuelle n'a été précédée, ni accompagnée, ni suivie d'aucun symptôme somatique.

Cette observation, dans les détails de laquelle il nous est impossible d'entrer ici, est du plus haut intérêt, comme on peut le voir par ce court résumé ; elle en apprend plus sur la nature de la mémoire que les subtiles analyses faites par les psychologues à l'aide de l'observation intérieure.

A. R.

Pathologie

DE

L'ÉTAT MENTAL DANS L'HYPNOTISME

par le Dr D. HACK TUKE (1)

Traduit de l'anglais par le Dr V. PARANT,
Médecin de la Maison de santé de Toulouse.

Cette étude a pour point de départ des expériences faites à l'asile de Bethlem, dans une réunion où Carl Hansen, *hypnotiste* renommé du Danemark, produisit sur plusieurs personnes, à un degré plus ou moins marqué, l'état connu sous le nom d'hypnotisme ou braidisme. Quoique les phénomènes hypnotiques observés en cette circonstance n'aient pas été aussi remarquables qu'ils le sont quelquefois, ils nous ont permis de relever plusieurs faits intéressants, qui, réunis à d'autres expériences de même nature, dont nous avons été témoin, fournissent une matière suffisante à des considérations sur la nature de l'état, soit psychologique, soit physiologique, ainsi produit.

Les données, à l'aide desquelles nous devons chercher à nous faire une opinion ou à établir une théorie, comprennent :

(1) *On the Mental Condition in Hypnotism*, by D. Hack Tuke, M. D., tiré de « *The Journal of Mental Science.* » Avril 1883.

1° Les conditions nécessaires pour produire l'état en question;

2° Les symptômes objectifs éprouvés par la personne hypnotisée, autant qu'il est possible de les constater.

3° Les phénomènes subjectifs éprouvés et décrits par la personne même, dans les cas où elle a gardé le souvenir plus ou moins distinct de ce qu'elle a ressenti dans l'état d'hypnotisme.

Nous avons eu la bonne fortune d'obtenir de plusieurs personnes compétentes, qui ont été hypnotisées, la description de leurs propres sensations, en tant qu'elles en ont eu conscience; ces personnes sont: M. North, professeur de physiologie à l'hôpital de Westminster, et précédemment attaché, pendant trois ans, au collège de l'Université, à Londres; M. M..., étudiant en médecine à l'hôpital Saint-Thomas; enfin un ecclésiastique, tous collaborateurs excellents dans ces recherches.

Quoique ce mémoire ait pour titre et pour objet principal « l'état mental dans l'hypnotisme », nous traiterons des matières comprises dans la première et la seconde section, avant d'aborder la troisième; du reste elles amènent plus ou moins directement à examiner cette dernière.

I° *Des conditions nécessaires pour produire l'hypnotisme.*

Un moyen fréquemment employé pour y arriver, c'est de regarder fixement un disque ou un objet bien déterminé: il y a d'autres moyens également efficaces, comme les impressions sensorielles monotones produites par les passes, l'action de compter plusieurs centaines de chiffres, d'écouter le tic-tac d'une montre, etc.

D'une manière plus simple on fait constamment la même chose en essayant de dormir; de fait, il est surprenant que chacun ne puisse, en s'efforçant de dormir, se plonger réellement dans l'état d'hypnotisme.

Le principe commun aux divers modes d'hypnotisation, est, au point de vue physique, l'excitation, plus ou moins prolongée, d'un nerf sensoriel en relation intime avec le cerveau, excitation propre à fatiguer finalement quelque partie de cet organe; et au point de vue mental, la fixation de l'attention sur une seule idée. Il n'est pas nécessaire de regarder un objet, puisqu'un aveugle peut être hypnotisé; et pour des personnes prédisposées, la simple attente du sommeil hypnotique suffit à le leur procurer, l'attente, dans ce cas, impliquant la concentration de l'attention sur un seul point.

M. North dit dans ses observations: « Il n'est pas douteux que j'ai réussi au début, à me détacher, pour ainsi dire, de ce qui m'environnait. J'avais, pendant plusieurs jours, étudié très attentivement la digestion intestinale dans ses rapports avec la production des bactéries, et je m'étais représenté à moi-même l'intérieur des intestins et leur contenu: je m'efforçai alors de me représenter une espèce spéciale de bactérie, et pendant que j'étais absorbé par la contemplation de ses changements de forme, il me sembla que je perdais toute conscience des personnes qui étaient autour de moi »

Dans un essai subséquent qu'il fit, il regarda attentivement sa chaussure, et décrit ainsi son opération : « Je réussis finalement à fixer mon attention sur six points de lumière réfléchis par ma chaussure, qui avaient, par leur disposition, quelque faible ressemblance avec la constellation d'Orion. Après que je les eus regardés fixement pendant un temps qui me sembla fort long, l'idée de la constellation s'évanouit et fut remplacée par les contours de la partie inférieure du visage d'un de mes amis. Tout ce que je pus voir, c'était sa barbe, sa bouche, une partie de son nez et une joue; tout le reste était brusquement coupé par un vaste espace noir; les détails étaient passablement vivants.»

L'abandon spontané de la volonté (le sujet se livran passif entre les mains de l'opérateur) est encore un facteur important dans presque tous les procédés. C'est là le premier degré de la perte absolue de la volonté du sujet à celle d'autrui. Mais le concours de la volonté n'est pas absolument nécessaire chez ceux qui ont été déjà hypnotisés et qui sont très accessibles aux impressions sensorielles, surtout si ces impressions sont associées dans leur pensée au sommeil hypnotique. M. Richer, dont les recherches sur l'hypnotisme, faites à la Salpêtrière, sont bien connues, a montré que le sujet peut être surpris, et même rendu cataleptique, au moment où il s'y attend le moins. Il est saisi et, pour ainsi dire, instantanément pétrifié, malgré les efforts qu'il peut faire pour résister à l'influence. M. Richer produit constamment l'hypnotisme en projetant une brillante lumière électrique sur le visage de gens qui ne s'y attendent pas, ou en frappant subitement sur un gong qu'ils ne voient pas. Il est même arrivé quelquefois de produire cet état cataleptique chez des personnes qui se trouvaient sur place ou dans le voisinage, et sans que l'on eût l'intention de les mettre en expérience. Une démonstration amusante de ce fait se présenta un jour à la Salpêtrière et occasionna une scène qui, comme le dit M. Richer dans une communication dont il nous a favorisé, fut assez plaisante. Une malade était soupçonnée d'avoir volé des photographies de l'hôpital, mais elle s'en défendait avec indignation. Un matin, M. Richer, après avoir fait des expériences sur d'autres sujets, trouva la voleuse présumée la main dans le tiroir qui contenait les photographies; elle en avait déjà caché quelques-unes dans sa poche. M. Richer s'approche. Elle ne bouge pas; elle était immobilisée; elle était, pour ainsi dire, transformée en statue. Les coups de gong donnés dans la salle voisine l'avaient rendue cataleptique au moment même où, loin de toute surveillance, elle commettait son vol. M. Richer la

réveilla en lui soufflant sur le visage. On imagine sa confusion. Il n'était pas possible de nier plus longtemps le larcin. Si tous les voleurs étaient hystériques ou névropathes, quelle ressource la police aurait dans l'hypnotisme !

II. *Des symptômes objectifs de l'hypnotisme.*

Ils varient nécessairement avec le degré ou la forme; et avant d'aller plus loin, nous ferons observer qu'il est essentiel d'avoir présent à l'esprit qu'aucune description de symptômes soit corporels, soit intellectuels, ne s'applique à toutes les phases, à toutes les variétés d'hypnotisme. Nous rappellerons que Charcot et Richer, et, après eux, Tamburini et Seppilli, admettent trois types fondamentaux qui sont : le cataleptique, le léthargique et le somnambulique. Dans la catalepsie, les membres gardent pendant longtemps, sans effort, les positions où ils ont été placés; dans la léthargie, les muscles, mis en état de relâchement, ont la remarquable propriété de se contracter énergiquement sous l'influence d'excitations mécaniques même très légères; dans le somnambulisme, l'état du sujet répond bien plus à ce qui est vulgairement connu sous le nom de sommeil magnétique ou mesmérisme. On peut déterminer des contractions dans les membres; mais elles sont d'un caractère différent de celles de la catalepsie, ou de l'excitabilité des muscles dans l'état léthargique.

Pour déjouer les tentatives de simulation si fréquentes en pareille matière, il est sans doute très important de connaître les symptômes objectifs que présentent les personnes hypnotisées. Mais en les décrivant ici, nous nous proposons avant tout de donner un tableau complet de l'hypnotisme. Nous avons déjà dit, du reste, que nous ne nous bornerions pas strictement à décrire l'état mental, parce que la connaissance des phénomènes somatiques aide beaucoup à comprendre les phénomènes intellectuels.

Pupilles. Lorsque le sujet regarde le disque, l'intensité plus grande des efforts d'accommodation a pour effet naturel de produire le strabisme et la contraction des pupilles; et, même après qu'on a retiré le disque, les yeux semblent quelquefois atteints d'un très léger strabisme; la personne hypnotisée ne peut lire que de très près.

Lorsque les yeux regardent fixement un objet, les pupilles commencent par se contracter; puis, si l'individu passe à l'état d'hypnotisme, elles se dilatent. Nous les avons vues quelquefois largement dilatées et paresseuses, ce qui prouve que l'activité fonctionnelle de la moelle allongée s'exerce sur le grand sympathique aussi bien que sur le centre respiratoire.

En mesurant les pupilles de M. North, avant et pendant le sommeil, nous les avons trouvées dans le rapport de 3 à 6 millimètres.

Braid parle de pupilles largement dilatées et tout à fait insensibles à la lumière, qui, au bout d'un certain temps, se mettent à se contracter, mais sont encore insensibles à la lumière.

Tamburini et Seppilli ont vu que les pupilles se dilatent et sont insensibles à la lumière. Heidenhain, au contraire, allègue leur sensibilité à la lumière comme une preuve que les tubercules quadrijumeaux ne sont pas affectés par l'hypnotisme.

Circulation cérébrale. — Y a-t-il des moyens de déterminer l'état de la circulation cérébrale dans l'hypnotisme?

La rougeur du visage et la pesanteur de la tête peuvent quelquefois fournir des présomptions à cet égard. Braid dit avoir vu parfois le visage si rouge et les mouvements du cœur si tumultueux, qu'ils réveillaient le malade. Mais les désordres cérébraux de quelque gravité semblent assurément très rares.

Heidenhain, dans le principe, avait cru que les vaisseaux se contractaient, et que le sommeil était déterminé par

l'anémie du cerveau. Mais comme ceux qui sont hypnotisés sont quelquefois rouges au lieu d'être pâles, il conçut des doutes à ce sujet. Il demanda alors au professeur Forster d'examiner à l'aide de l'ophthalmoscope les vaisseaux de la rétine. L'opération fut difficile, parce que l'éclat de la lumière réveillait promptement le sujet. Cependant Forster réussit à voir assez distinctement la rétine pour s'assurer qu'il n'y avait pas de contraction des vaisseaux. Heidenhain maintient qu'il est difficile de supposer que les vaisseaux du cerveau et des yeux puissent être dans un état essentiellement différent ; et il voit dans la constatation de Forster une preuve de plus que le cerveau n'est pas anémié dans le sommeil hypnotique. Il y aurait toutefois divergence d'opinion sur ce point, tout le monde n'admettant pas que l'état de vascularité de la rétine soit un signe certain de l'état de la circulation dans le cerveau.

Que la plénitude des vaisseaux cérébraux ne soit point incompatible avec l'état du cerveau dans l'hypnotisme, cela est néanmoins démontré par le fait sur lequel Heidenhain s'appuie le plus, à savoir que des personnes qui sont sous l'influence d'inhalations de nitrite d'amyle peuvent être hypnotisées. C'est ce que Heidenhain a eu personnellement occasion de constater chez son frère et chez le Dr Krœner qu'il soumettait, en même temps, à des inhalations d'amyle et à des essais d'hypnotisme.

Respiration et circulation. — La respiration et les battements du cœur sont, en règle générale, d'abord très accélérés.

Le professeur italien Tamburini a trouvé, à l'aide du pneumographe, que la fréquence des respirations est doublée tout d'abord, et que le temps d'arrêt qui précède l'inspiration est supprimé. Heidenhain dit avoir vu le nombre des respirations s'élever, en quinze secondes, de 4 à 12, et même de 3 à 16.

M. Richer a fait à la Salpêtrière des recherches du même

genre, et les trouve très significatives. Elles peuvent servir, en outre, à faire reconnaître la simulation. D'après lui, chez les sujets calaleptiques, les tracés sont de caractère uniforme du commencement jusqu'à la fin. Avec le simulateur, au contraire, ils sont formés de deux parties distinctes. Au commencement la respiration est régulière et normale ; dans un second degré, qui correspond à des indices de fatigue musculaire, l'irrégularité dans le rythme coïncide avec une rapide et profonde dépression ; c'est une indication manifeste du trouble de la respiration causé par les efforts de simulation.

L'accélération des mouvements respiratoires et cardiaques était remarquablement manifeste chez M. M..., l'étudiant de l'hôpital Saint-Thomas, lorsqu'il fut, devant nous, hypnotisé par M. Hansen.

M. M... écrit : « Après avoir fixé pendant quelques minutes le disque qne l'on m'avait donné, je commençai par tomber dans un sommeil agréable ; mais aussitôt que M. Hansen se mit à me passer les mains devant le visage, je ressentis une sorte d'oppression qui m'accablait ; ma respiration devint difficile ; mon cœur battait violemment ; je ressentis un grand accroissement de température. « Relativement à une période plus avancée de l'expérience, il écrit : « Mon cœur battait aussi fort que jamais, et ma température était encore élevée. La respiration continuait à être difficile. »

Chez M. North nous avons observé que la respiration et les mouvements du cœur étaient, au contraire, calmes. Un tracé du pouls fut pris par M. Victor Horsley, mais il n'y eut rien qui indiquât un changement digne de remarque dans la circulation.

Braid a trouvé que l'élévation du pouls, dans le simple effort musculaire fait pour tenir les jambes et les bras étendus, pendant cinq minutes, est d'environ 20 p. 100, tandis que dans l'état d'hypnotisme elle est de 100 p. 100. Lors-

que les muscles sont remis dans le relâchement, il a trouvé que le pouls retombe à ce qu'il était avant l'expérience, et même plus bas.

Muscles. — M. Richer a pris, sur la contractilité musculaire des bras d'une personne hypnotisée et cataleptique, des tracés qui montrent la différence entre le bras rendu rigide par la catalepsie et le bras tendu par une personne non hypnotisée. Nous mentionnons ce fait, quoiqu'il ne rentre pas directement dans notre sujet, parce que dans des expériences où nous tendions nous-même les bras, la différence n'était pas si grande qu'on aurait pu s'y attendre ; mais si nous avions eu un myographe à notre disposition, l'épreuve aurait été plus significative. De fait, le myographe, le pneumographe, le sphygmographe sont des instruments d'invention moderne qui nous fournissent d'excellents moyens d'enregistrer avec une fidélité absolue les symptômes objectifs de l'hypnotisme.

Actions réflexes. — Nous n'avons pas besoin d'insister sur ce fait, bien connu, que les actions réflexes sont plus faciles à produire chez les animaux dont les lobes cérébraux ont été enlevés, que chez ceux qui n'ont pas subi cette mutilation. Par conséquent, si nous admettons, comme nous semblons obligé de le faire, que, dans l'hypnotisme, l'écorce cérébrale est plus ou moins privée de ses fonctions et que son pouvoir inhibitif est affaibli, sinon suspendu, il est tout naturel que la rigidité des muscles soit facilement produite d'une manière réflexe par les excitations sensorielles. Nous n'étions pas disposé à croire, malgré l'insistance d'Heidenhain, que cet excès de susceptibilité continuât longtemps encore après que l'état d'hypnotisme est passé. Nous devons reconnaître cependant que, même alors, de faibles contractions des muscles peuvent être produites par des chocs ou d'autres moyens mécaniques ; c'est ce que l'on désigne sous le nom d'hyperexcitabilité neuro-musculaire. Charcot et Richer ont trouvé qu'ils pouvaient provoquer ainsi des

contractions de chaque muscle isolément, aussi nettement que Duchenne le faisait à l'aide de l'électricité.

Dans les expériences que M. Hansen a faites devant nous, il a déterminé, rien qu'en touchant avec le doigt les muscles d'un côté de la face, une distorsion générale de la bouche chez un enfant qui venait d'être réveillé. La sensibilité aux actions réflexes restait donc exagérée même après la cessation du sommeil hypnotique.

Il y a un degré d'hypnotisme, où le sujet peut aisément porter un poids très lourd; ce qui est dû, alors, non pas à l'impression mentale qu'un poids lourd est léger, mais à la rigidité anormale des muscles. C'est ce qui arriva à M. North, par exemple ; on l'avait placé la tête sur une chaise, et les pieds sur une autre, et il dit à ce sujet : « J'entendis M. Hansen exprimer l'intention de s'asseoir sur mes jambes. Je me souviens que je me demandai si les ligaments postérieurs de mes genoux résisteraient, et je pris le parti de ne pas m'en mêler, autrement dit, de laisser mon corps devenir ce qu'il pourrait. Je me souviens que je fus très surpris lorsque la charge se fit sentir; car quoique l'opérateur dût peser à peu près 100 kilogrammes, il me sembla recevoir sur les genoux un large coussin, n'ayant rien de pesant. »

Dans un très grand nombre de cas nous avons observé que les réflexes tendineux sont les mêmes que dans l'état de veille ; dans quelques cas, ils sont plus accentués. Cela semble dépendre du cas particulier ou de la forme. Richer a établi que dans la forme léthargique ils sont très augmentés ; diminués dans la catalepsie, et normaux dans le somnambulisme.

Si l'on admet que les fonctions des hémisphères soient toujours suspendues, il est difficile de s'expliquer pourquoi les actions réflexes ne sont pas exagérées dans toutes les formes.

La faculté de coordonner les mouvements est parfaite pendant la période où les muscles ne sont pas dans le re-

lâchement. Braid dit des personnes hypnotisées : « L'aptitude à rester en équilibre est si grande, que je n'ai jamais vu tomber un de ces somnambules hypnotisés (1). »

Dans l'état léthargique, le corps s'affaisse, les membres deviennent flasques et pendants; si on les soulève, ils retombent lourdement dès qu'ils sont abandonnés à eux-mêmes.

Dans l'état somnambulique, la résolution des membres n'est pas aussi marquée que dans l'état de léthargie.

Réaction galvanique. — Nous avons trop peu d'observations sur ce point pour pouvoir faire un exposé général. A l'occasion d'un hypnotisé de l'asile de Bethlem, M. Lawford a remarqué que « les muscles des bras raidis réagissaient au courant faradique, comme ceux d'un sujet ordinaire. »

M. Richer a trouvé qu'en électrisant les muscles de la face, il ne modifiait pas le moins du monde l'état nerveux des personnes hypnotisées. Les cataleptiques ne sont pas influencés par l'électricité ; et cependant, ce qui est fort singulier, un léger souffle a ordinairement pour effet immédiat de mettre leurs muscles dans le relâchement.

Chez une jeune fille de l'hôpital Guy, M. Price a trouvé qu'elle sent promptement un assez fort courant interrompu, s'il est appliqué aux bouts de ses doigts, et qu'un fort courant la réveille très vite. Nous reparlerons de cette jeune fille.

III. *Des symptômes subjectifs de l'hypnotisme.*

Ce sont ceux qui sont éprouvés par la personne hypnotisée, et décrits par elle, alors qu'elle est revenue à l'état normal, et ils concernent les sensations, la conscience, la volonté, l'intelligence.

En abordant cette partie, nous devons nous rappeler soigneusement les différentes conditions mentales comprises

(1) Braid, *Hypnotism or Nervous sleep*, page 56.

sous le nom d'hypnotisme. Nous avons déjà dit que Charcot et Richer, ainsi que Tamburini, admettent trois grands types, le cataleptique, le léthargique et le somnambulique ; mais ils reconnaissent que ces distinctions ne sont réellement tranchées que chez les sujets hystériques, et que dans les cas ordinaires on passe insensiblement d'un état à l'autre, sans démarcation précise. Aussi nous ne nous attacherons pas étroitement à ces divisions.

Sensibilité à la douleur. — Elle est presque toujours, excepté au début de la première période, abolie ou tout à fait suspendue. Sans doute, avec un sujet en la véracité duquel on n'aurait pas confiance, on ne voudrait tirer aucune conclusion d'une apparente insensibilité à la douleur ; mais il y a d'amples témoignages d'anesthésie produite par l'hypnotisme, sans qu'il faille s'appuyer sur des cas douteux. Naturellement le degré d'insensibilité varie.

M. North dit dans ses notes : « Une épingle tout entière me fut enfoncée dans le côté cubital de la main. J'entendis qu'on se préparait à me l'enfoncer ; je sentis que l'opération commençait ; il n'y eut presque aucune douleur. Je sentis simplement comme une pression faite sur ma main par une allumette ordinaire en bois ou par quelque instrument émoussé. Lorsque je fus éveillé, je sentis nettement à ma main de la douleur, et l'on me fit très grand mal en retirant l'épingle. »

Dans une autre occasion, la production de la rigidité musculaire causa une grande douleur. M. North dit encore que la lumière lui fit mal aux yeux, lorsque nous écartâmes ses paupières pour examiner les pupilles.

Chez la jeune fille de l'hôpital Guy, il y a une analgésie marquée ; et cependant, elle exprime tous les signes de la douleur lorsqu'on lui dit que la piqûre d'une épingle doit lui faire mal. De la sorte, on peut alternativement produire l'analgésie ou l'hyperesthésie, à volonté.

Sensibilité tactile. — Le sens du tact reste habituellement

normal. Aussi, aux premiers jours du mesmérisme, pouvait-on croire que la prétendue insensibilité à la douleur n'était qu'une simulation. Maintenant qu'il est démontré que la sensibilité à la douleur et la sensibilité tactile sont physiologiquement distinctes, ce fait n'excite plus ni suspicion, ni surprise.

Sens musculaire. — M. Richer a établi que le sens musculaire peut être la source de mouvements automatiques parfaitement coordonnés, qui amènent l'action dont la position des membres est l'image. Ainsi, l'on fait monter sur une chaise un cataleptique; on lui fait prendre avec les mains les plis d'un rideau, comme s'il grimpait; immédiatement il monte ou essaye de le faire.

Sens spéciaux. 1° *Odorat.* —Nous avons approché de l'asafœtida du nez d'un garçon hypnotisé, et tout d'abord il ne s'en aperçut pas; mais bientôt après, il dit que l'odeur était agréable. On approcha de l'ammoniaque, et il la supporta sous ses narines bien plus longtemps que nous ne pourrions la supporter; mais à la fin, cela le réveilla. Relativement à un autre cas, nous citons les notes qui nous ont été obligeamment remises par M. Lawford, interne à l'asile de Bethlem : « Ayant été hypnotisé par M. Hansen, il parut ne pas flairer ou sentir les vapeurs d'ammoniaque; ou du moins elles ne le réveillèrent pas. »

La jeune fille de l'hôpital Guy, mise à l'épreuve par M. Price, ne reconnut pas qu'il y avait de l'eau de Cologne sur son mouchoir; et dans d'autres occasions, elle n'a pas été capable de reconnaître des odeurs.

Dans quelques états d'hypnotisme, au contraire, la sensibilité du nerf olfactif est augmentée d'une manière remarquable.

2° *Vue.* — A un premier degré, lorsqu'il se prolonge toutefois sans passer à un état plus accentué, la vue ne semble que partiellement affectée. Le sujet paraît voir, quoique confusément, ce qui est immédiatement auprès de

lui, ce avec quoi il est en relation directe. Mais il n'a qu'une perception, très vague ou même nulle, des objets plus éloignés. M. H..., l'étudiant de Saint-Thomas, dit en parlant du premier degré de son expérimentation : « Quand M. Hansen me demanda de le regarder dans les yeux, je ne pus pas reconnaître en lui le même homme que j'avais vu quelques minutes auparavant ; ses yeux me parurent comme des rayons de lumière passant à travers un prisme. Je vis distinctement une série de couleurs. Cependant j'étais en pleine conscience. » L'ecclésiastique que nous avons dit avoir été hypnotisé, décrit tout à fait de la même manière ses sensations visuelles. « Je vis, dit-il, que les yeux de l'opérateur devenaient lumineux comme un globe de feu ; tantôt ils étaient comme des anneaux tantôt ils changaient de couleur. »

Revenons à M. M... Quand il fut plus profondément endormi, nous lui demandâmes d'écrire son nom ; il le fit, et nous déclara qu'il ne pouvait pas voir distinctement les lettres qu'il avait écrites. A un degré encore plus avancé, M. Hansen jeta quelque chose à terre, en disant à M. M... que c'était un enfant qui allait se noyer. Quoique M. M... eût les yeux ouverts, il se précipita au secours ; mais il nous a affirmé qu'à ce moment il ne voyait rien, et qu'il avait perdu toute conscience. Il peut cependant avoir vu, tout comme voit un somnambule, quoiqu'il n'en ait conservé aucune conscience une fois sorti de son sommeil. Il doit réellement avoir entendu M. Hansen, mais actuellement il ne peut s'en souvenir.

Chez la jeune fille de l'hôpital de Guy, nous avons observé qu'étant occupée à écrire une lettre, elle écrivait mieux lorsqu'il n'y avait rien d'interposé entre ses yeux et le papier ; et cependant, lorsqu'elle marchait dans la salle elle se heurtait contre tout ce qui était sur son passage, et se serait blessée si on ne l'eût surveillée.

Depuis que nous avons écrit ce qui précède, nous avons

appris de M. Price que cette jeune fille, lorsqu'elle est en état de somnambulisme, se promène, évitant les objets qui sont sur son passage, aussi bien que lorsqu'elle est éveillée. Cela se passe toutefois dans la salle où elle est d'habitude, et non dans la salle étrangère où nous l'avons vue se promener.

M. Richer a observé que, quoique les yeux des cataleptiques soient fixes, et semblent ne rien voir (car ils ne quittent jamais le point imaginaire auquel ils sont comme attachés), si on place un objet dans l'axe de la vision et qu'on le fasse osciller doucement, bientôt le regard du sujet s'y attache, et en suit tous les mouvements. Le reste du corps peut demeurer cataleptique, mais les yeux tournent dans toutes les directions et d'habitude la tête suit leurs mouvements.

3° *Ouïe.* Le sujet entend évidemment tout ce qu'on lui dit, quoique dans quelques cas il semble entendre les paroles de l'opérateur mieux que celles d'autres personnes. La jeune fille de l'hôpital Guy entend une personne aussi bien qu'une autre. M. North dit que pendant qu'il était placé sur deux chaises, la tête portant sur l'une et les pieds sur l'autre, il entendit M. Hansen exprimer l'intention de s'asseoir sur ses jambes. Il entendit aussi de la musique jouée dans la salle.

M. M... rapporte qu'il entendit nettement ce que M. Hansen lui disait. Il entendit qu'on lui demandait d'ouvrir la bouche, de frapper M. Hansen à la poitrine, de le suivre, etc... Parlant du moment même où il sortit de son état hypnotique, il dit: «Les personnes placées autour de moi et le bruit qu'elles faisaient me semblaient éloignés; c'était seulement lorsqu'un bruit inaccoutumé se faisait que je prenais la peine d'y faire attention. »

Tamburini et Seppilli disent qu'ils ont constamment trouvé de l'hyperesthésie de ce sens, même dans le plus profond sommeil. Les sujets entendaient le pas des per-

sonnes qui s'approchaient de la salle, à une distance où les expérimentateurs ne pouvaient percevoir aucun bruit.

4° *Goût.* — Ce sens paraît suspendu, et tout ce qui est suggéré est admis par le sujet. Pour la jeune fille de l'hôpital Guy, le thé a goût de café lorsqu'elle croit qu'elle boit de ce dernier liquide. Heidenhain dit : « J'introduisis des épices dans la bouche d'une personne hypnotisée, je me mis à faire des mouvements de mastication, et elle commença à mâcher. C'est seulement en se réveillant qu'elle perçut la saveur épicée (1).»

M. Price a fait tout récemment, sur la malade de l'hôpital de Guy des expériences, d'abord dans l'état normal, puis dans l'état d'hypnotisme, avec du sel, du sucre et de la quinine. Dans l'état normal, elle reconnut immédiatement les deux premières substances, et dit que la troisième était très amère ; mais naturellement elle ne put la désigner par son nom. Etant hypnotisée quelques minutes après par M. Price, et mise encore à l'épreuve, elle ne reconnut le goût ni du sel, ni du sucre, ni de la quinine ; et en outre elle trouva que le sucre qui était grossièrement pilé était plein de gravier.

Devant nous, M. North crut qu'il goûtait à des confitures de prunes.

(*A suivre.*)

(1) Heidenhain. *Animal Magnetism*, p. 15.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE

D'ORIGINE ALCOOLIQUE

Par le Dr CAMUSET,
Médecin adjoint à l'asile de Vaucluse

Magnus Huss, le premier, démontra en 1852 que l'alcoolisme chronique ressemblait beaucoup à la paralysie générale. Depuis cette époque, tant en France qu'à l'étranger, les médecins s'efforcèrent de trouver des caractères différentiels entre les deux affections. On connaît les travaux de MM. Lasègue, Falret, Dagonet, Magnan, etc., sur ce sujet. Aujourd'hui, on s'accorde généralement à reconnaître que l'alcoolisme chronique peut, à un certain moment de son évolution, s'identifier complètement, quant à ses symptômes, avec la paralysie générale. La symptomatologie physique et psychique des deux maladies est alors la même, et le diagnostic, en l'absence des commémoratifs, est impossible. La marche ultérieure de l'affection ne vient même pas toujours résoudre la question, et quand la mort survient, ce n'est parfois qu'à l'amphithéâtre qu'on en reconnaît la cause véritable. Ce sont ces *cas exceptionnels* d'alcoolisme chronique, qu'on a désignés sous le nom de *pseudo-paralysie générale alcoolique.*

On peut confondre la paralysie générale avec la pseudo-paralysie générale alcoolique; mais cette erreur, facile à

commettre dans les services hospitaliers, parce qu'on y observe des malades sur lesquels on n'a souvent aucun renseignement, est la plupart du temps évitée dans la pratique de l'extérieur. Les habitudes antérieures du malade, l'époque de l'invasion de son mal, les premiers symptômes observés, etc., sont autant d'éléments qui permettent d'établir le diagnostic.

Il est presque inutile de le rappeler : paralysie générale et alcoolisme sont deux entités parfaitement distinctes, qui diffèrent l'une de l'autre par leurs lésions anatomiques, par leurs symptômes, par leurs terminaisons. Si, à un moment donné, certains symptômes se manifestent de la même façon dans les deux états, il n'y a, en réalité alors, qu'un seul facteur commun, ce qui est loin de constituer une identité.

Cette prétention de conclure à l'identité des deux états morbides malgré les différences anatomiques, et uniquement à cause des analogies cliniques, certains auteurs l'ont eue cependant. Un travail du Dr Drouet sur le diagnostic de la paralysie générale, publié dans les *Annales médico-psychologiques* en 1871, se terminait par cette profession de foi, que l'alcoolisme chronique et la paralysie générale n'étaient, en réalité, qu'une seule et même maladie dont les différents éléments présentaient des différences d'intensité et de gravité. Dans les cas d'intensité ou de gravité minimes, on dénommait l'affection : alcoolisme chronique; dans les cas contraires, on l'appelait paralysie générale.

On s'explique facilement cette façon erronée de considérer la paralysie générale. La cause en est dans l'idée fausse que Drouet et ses partisans se sont faite de la pathogénie de cette affection. Pour eux, l'étiologie résiderait presque absolument dans l'alcoolisme. Bayle ne disait-il pas déjà que l'ivresse, qui deviendrait permanente, ne serait autre que l'aliénation paralytique?

Mais l'origine exclusivement alcoolique de la paralysie générale n'est plus admise aujourd'hui. On a également

rejeté la doctrine qui faisait de cette maladie une manifestation syphilitique. Le rhumatisme (M. le Dr Contesse, Thèse de Paris 1862) a aussi été relégué, dans l'étiologie, à la place qui lui convient. On est même allé trop loin, selon nous, dans la réaction, en ce qui concerne l'intoxication alcoolique; car on cherche actuellement à établir que cette cause n'a aucune influence sur le développement de la paralysie générale (M. le professeur Ball, M. le Dr Régis). Nous croyons, au contraire, que les habitudes d'ivrognerie, par suite des poussées congestives répétées qu'elles provoquent au cerveau, sont une des causes importantes de la méningo-encéphalite diffuse. M. le Dr Millet (Thèse de Paris 1880) établit que la paralysie générale est moins fréquente chez les individus alcooliques que chez ceux qui ne le sont pas, mais cela ne prouve pas que l'intoxication alcoolique ne puisse produire la maladie. On sait qu'en pathologie, une cause unique provoque souvent des effets différents suivant les prédispositions individuelles. Sur un terrain préparé, l'alcoolisme peut parfaitement faire éclore la paralysie générale. N'observe-t-on pas souvent, du reste, des accès de manie simple, sans hallucinations spécifiques, chez des sujets névropathes ou héréditaires, à la suite d'excès de boisson ?

Cette opinion, que nous défendons, est celle de la grande majorité des aliénistes. Elle s'appuie non seulement sur des raisons théoriques, mais encore sur des faits d'observation pure. C'est ainsi qu'on a constaté que le nombre des paralytiques généraux croissait proportionnellement à la consommation de l'alcool, même dans les contrées agricoles. C'est encore ainsi que, dans les asiles, la proportion des filles publiques paralytiques générales est considérable par rapport à celle des autres femmes atteintes de la même affection. Mais nous appesantir plus longtemps sur ce sujet nous écarterait du plan de notre travail. Nous résumerons donc ainsi cette question : la paralysie générale reconnaît

des causes primordiales sans doute nombreuses, parmi lesquelles on compte l'hérédité, et des causes déterminantes diverses, parmi lesquelles l'intoxication alcoolique occupe un rang important. Terminons donc là cette digression, et revenons à la pseudo-paralysie générale alcoolique.

Nous avons dit que, parfois, l'alcoolisme chronique se présentait sous l'aspect de la paralysie générale véritable. Mais, dans ces cas, le sujet est intoxiqué depuis longtemps; il a présenté des signes spécifiques d'alcoolisme, son état actuel ne constitue qu'un incident passager de sa maladie. Un syndrome qu'on observe le plus souvent, mais pas toujours, dans la paralysie générale, est venu se enter sur les symptômes de l'alcoolisme ancien, se combiner avec eux. Pour rendre notre pensée, nous dirons que la pseudo-paralysie générale est une simple *curiosité clinique* plutôt qu'une variété de l'alcoolisme.

Nous sommes amené à cette conclusion par l'étude des observations assez nombreuses déjà qui ont été publiées sur le sujet. M. Dagonet en a donné un certain nombre dans ses différents écrits, principalement dans son étude sur *l'alcoolisme au point de vue de l'aliénation mentale* (in *Annales médico-psychologiques*, année 1873). Plus récemment, M. le Dr Lecaille (Thèse de Paris 1881) en a présenté toute une série prise dans le service de M. le professeur Ball, à Sainte-Anne. M. le Dr Régis, qui s'est spécialement occupé des pseudo-paralysies générales alcooliques ou d'origine saturnine, en a aussi publié plusieurs cas. Dans toutes ces observations, on voit que les malades ont présenté antérieurement des accidents aigus ou subaigus d'alcoolisme. On y voit aussi que la guérison est la règle presque absolue. En outre, le délire est toujours noté sous la forme orgueilleuse.

Mais nous pensons que la guérison n'est pas aussi commune qu'on le dit et, en outre, que le délire ne se manifeste pas toujours dans le sens des grandeurs. Nous avons, en

effet, recueilli plusieurs cas terminés par la mort, et auxquels l'autopsie donne un certain intérêt; dans ces cas, le délire était hypochondriaque ou maniaque, avec, bien entendu, la caractéristique de la folie paralytique. Nous en donnons les observations.

Comme point de comparaison, voici d'abord un exemple de pseudo-paralysie générale, à délire des grandeurs, terminé par la guérison :

Observation Ire.

C.. (Édouard), trente-huit ans, homme fortement constitué, habitant Paris depuis six ans, profession de crémier. Arrive à l'asile de Vaucluse, en juin 1882, accompagné des deux certificats médicaux suivants :

1° « Paralysie générale d'origine alcoolique. — *Signé* : X..., médecin des hôpitaux. »

2° Certificat de Sainte-Anne : « Paralysie générale avec idées incohérentes de satisfaction, hésitation de la parole, inégalité pupillaire. »

A l'asile, le malade se présente avec les symptômes suivants : besoin continuel de mouvement, pupilles inégales, peu contractiles, mouvement fibrillaire de la langue et des lèvres, tremblement des doigts, physionomie souriante, il est content, fort, excessivement riche, etc. Relâchement des sphincters. Cet état persiste pendant une dizaine de jours, et très rapidement tous les symptômes disparaissent. En moins d'un mois, C... est redevenu ce qu'il était avant la crise, c'est-à-dire un homme à intelligence amoindrie, hébété par l'ivrognerie. Nous apprenons qu'antérieurement, il avait eu deux attaques de délirium tremens, la première remontant à une dizaine d'années. Ce malade est resté longtemps à l'asile à titre de convalescent; il comprenait qu'il avait besoin d'être surveillé, de ne plus boire et n'a demandé sa sortie qu'au bout de huit mois. Pendant ce laps de temps, il n'a présenté aucun accident.

Dans ce cas, le diagnostic est basé sur la marche de la maladie. Quand un paralytique général véritable présente des symptômes à un degré aussi avancé que ceux de notre malade, une rémission peut bien encore se déclarer, mais elle ne s'établit que lentement et non en quelques jours. comme dans cette observation.

Voici maintenant un pseudo-paralytique qui a présenté comme symptôme psychique, outre la démence, une manie spéciale semblable à celle de la paralysie générale dite à forme maniaque :

Observation II.

P.. (Victor), soixante-sept ans, entrepreneur de peintures, habitant Paris depuis dix-sept ans, entré à l'asile de Vaucluse en novembre 1882, mort en mars 1883. Le certificat de Sainte-Anne porte : « Léger affaiblissement intellectuel avec excitation, surtout la nuit. Confusion dans les idées, propos incohérents. »

A l'asile, ce malade est continuellement agité, il se déshabille, déchire. Ses discours sont incohérents, il est très difficile de fixer son attention, il ne parle que de millions, d'or, il veut cinq cent mille bouteilles de vin, etc. Parfois, il émet des idées hypochondriaques : ainsi un jour, il n'a plus de pieds. La parole est lente et hésitante, les pupilles inégales, les mains tremblent. L'agitation persistant nuit et jour, on isole le malade dans une cellule. A la suite d'une écorchure au doigt, un phlegmon diffus se déclare, tout l'avant-bras suppure. Cette maladie incidente ne modifie en rien l'état mental. Il faut fixer le malade sur son lit, il arrache ses pansements. Le bras guérit cependant, mais le délire persiste avec la même forme, seulement il devient de plus en plus vague à mesure que les forces s'épuisent. Des eschares surviennent et P... succombe après quatre mois de maladie. Les symptômes somatiques n'étaient plus perceptibles à la fin.

Autopsie. — Plaques athéromateuses à la crosse de l'aorte. Rien de particulier dans les viscères thoraciques et abdominaux.

Athéromes sur les artères de la base de l'encéphale. — Néo-membrane très mince et non continue à la surface interne de la dure-mère (pachyméningite non hémorrhagique). — Liquide céphalo-rachidien en quantité considérable. — Arachnoïde épaisse, très vascularisée, présentant des traînées opalines au niveau des gros vaisseaux. — Pie-mère très hyperémiée. — Aucune adhérence méningo-corticale. — Le cerveau est petit, dur, comme ratatiné. La substance corticale est d'un gris foncé, de consistance ferme. — La substance blanche présente un piqueté abondant. — L'épendyme des ventricules latéraux et du quatrième ventricule est chagrinée. — Au microscope, on voit les petits vaisseaux très nombreux, ramifiés, dilatés irrégulièrement. Ils présentent par places des granulations graisseuses. — Des cellules nerveuses sont envahies par des amas granuleux. — Enfin, les noyaux de la névroglie ne semblent pas être en beaucoup plus grand nombre qu'à l'état normal ; ce dernier caractère nous paraît être d'une importance extrême au point de vue des différences anatomiques de l'alcoolisme et de la méningo-encéphalite diffuse.

Ce malade faisait, depuis très longtemps, des excès alcooliques et il avait eu autrefois des manifestations délirantes spécifiques. — Les lésions anatomiques trouvées chez lui sont bien celles de l'alcoolisme. Les granulations épendymaires, auxquelles M. le Dr Magnan attache une grande importance, et avec juste raison, eu égard au mécanisme de l'envahissement de la névroglie par la sclérose, dans la paralysie générale, sont aussi notées par M. Lancereaux dans l'alcoolisme chronique. (*Alcoolisme.*—Dictionnaire Dechambre.)

Deux pseudo-paralytiques, qui ont succombé tous deux, ont présenté le délire hypochondriaque :

Observation III.

C... Ernest, quarante-deux ans, employé, entré à l'asile de Vaucluse le 6 janvier 1883, mort le 6 mars.

Voici les deux certificats qui accompagnaient le malade, ils sont datés à deux jours d'intervalle :

1° Certificat de la préfecture de police : « Alcoolique suraigu. Tremblement, fièvre, terreurs, sueurs. »

2° Certificat de Sainte-Anne : « Affaiblissement des facultés, confusion dans les idées, excitation passagère, parole embarrassée, faiblesse musculaire. »

Quelques jours après, on établissait à Vaucluse le diagnostic suivant: « Paralysie générale ; faiblesse musculaire, mouvements mal coordonnés, pupilles inégales, parole lente et tremblée, affaiblissement des facultés intellectuelles, surtout de la mémoire. Idées vagues hypochondriaques : il tremble et ne tient plus, c'est à cause de son métier. Les gaz lui ont bouché les poumons. »

Ce malade a toujours présenté les mêmes signes somatiques et psychiques. La mort est survenue vite et dans le marasme. Les idées délirantes ont toujours été de nature hypochondriaque et semblables à celles de la paralysie générale. Il a, à plusieurs reprises, refusé de manger parce qu'il était mort, et on a dû le nourrir à la sonde. Il n'a jamais eu de congestions épileptiformes.

Autopsie. — Liquide céphalo-rachidien en quantité considérable. — La dure-mère est parcourue par de gros vaisseaux gorgés de sang. — Les méninges épaisses excessivement hyperémiées. On les voit rarement avec une couleur rouge aussi intense. Aucune adhérence méningo-encéphalique. — Le cerveau est petit, très ferme. — Le poids de l'encéphale entier est de 1,150 grammes. A la coupe, rien de remarquable sauf la dureté de la pulpe et

son hyperémie en rapport avec le même état des méninges. La substance grise ferme est d'une teinte brun foncé. — Il n'y a pas de granulations sur l'épendyme.

L'examen microscopique a été fait comparativement avec un cerveau de paralytique général, et voici les différences observées :

L'examen a porté sur les mêmes circonvolutions frontales et à un même niveau. Sur le paralytique, les capillaires sont très abondants et ramifiés. Sur l'alcoolique aussi. — Sur le paralytique : prolifération nucléaire très abondante dans les parois des petits vaisseaux. Ces parois sont irrégulièrement épaissies et il en résulte que les vaisseaux sont tantôt élargis, tantôt rétrécis. Sur l'alcoolique, cette lésion n'est pas appréciable. En revanche, les parois vasculaires y sont parsemées d'amas granulo-graisseux. Sur les deux pièces, on trouve des amas noirs d'hématine dans les gaînes périvasculaires. — Les cellules, sur le paralytique, sont peu nombreuses. On en voit un grand nombre de déformées, sans noyau, remplies de granulations graisseuses, en voie de disparition. Celles qui sont saines sont irrégulièrement disposées. Sur l'alcoolique, il en existe un nombre presque normal, on en trouve peu en voie de dégénérescence; elles sont disposées assez régulièrement en couches stratifiées. — Enfin, et c'est le caractère le plus tranché, chez le paralytique, les deux substances sont remplies de corpuscules névrogliques; ils envahissent partout. Il semble, au contraire, ne pas y en avoir beaucoup plus chez l'alcoolique que dans les cerveaux normaux.

L'observation suivante a la plus grande analogie avec celle que nous venons de relater. Il s'agit encore d'un alcoolique hypochondriaque; il a succombé après six semaines de séjour à l'asile, après avoir présenté les symptômes de la paralysie générale. C'est positivement l'autopsie qui a éclairé le diagnostic. Le malade a été considéré, jusqu'à

la fin, comme un paralytique. On n'avait, du reste, jamais pu avoir le moindre renseignement sur ses antécédents.

Observation IV.

M..., Louis, quarante-huit ans, cocher, arrivé à l'asile de Vaucluse avec le certificat suivant de Sainte-Anne : « Démence paralytique avec inconscience complète de sa situation. Incapacité de travailler. Tremblement des muscles de la face. Lenteur et hésitation de la parole. Pupille droite plus large. Excès alcooliques anciens. »

Ce diagnostic est confirmé à Vaucluse où le malade arrive après un court séjour à Sainte-Anne. Pendant les six semaines que nous le vîmes, M... présenta les mêmes signes somatiques. Au milieu d'une démence prononcée, il manifesta toujours et exclusivement quelques idées hypochondriaques. Il était mort, il ne pouvait plus manger. On dut le nourrir à la sonde. Sa faiblesse devint extrême et il mourut subitement d'une syncope. Son séjour dans les asiles, à Sainte-Anne et à Vaucluse, n'a pas duré plus de deux mois.

L'autopsie montra, dans l'encéphale, les mêmes lésions que celles trouvées sur le sujet de l'observation précédente, et qu'on peut résumer ainsi : méningite chronique avec absence d'adhérences méningo-encéphaliques. Surabondance extrême du liquide encéphalo-rachidien. Cerveau petit, ratatiné, à pulpe ferme. Substance corticale foncée. — Quant à l'examen histologique, il n'a pas été fait. En plus, il y avait une pachyméningite simple légère. Enfin le cœur et le foie offraient les caractères de l'alcoolisme. Le cœur était très gros et graisseux ; les parois du ventricule droit étaient presque complètement constituées par du tissu graisseux ; c'est à peine si la couche musculaire avait quelques millimètres d'épaisseur. Des coupes du foie laissaient voir des îlots de parenchyme en dégénérescence graisseuse.

Il faut mentionner aussi l'état athéromateux des artères de la base de l'encéphale et de la crosse de l'aorte.

Ces observations prouvent que la pseudo-paralysie n'est pas toujours de nature expansive, le délire hypochondriaque peut aussi la caractériser. Quant à la terminaison, nous voyons qu'elle n'est pas toujours heureuse, comme le disent les auteurs. Il est possible que la mort survienne principalement dans les formes dépressives, mais nous n'avons pas assez d'observations pour affirmer cette dernière donnée.

De l'examen des faits recueillis jusqu'à présent, nous nous croyons en droit de conclure ainsi : L'alcoolisme ancien, alors qu'il a déjà produit un certain degré d'affaiblissement intellectuel permanent, c'est-à-dire quand il a amené un commencement de démence, se complique parfois d'un cortège de phénomènes somatiques et psychiques semblables à ceux qu'on rencontre ordinairement dans la paralysie générale. Il en résulte un aspect spécial de l'alcoolisme qui simule, pour un certain temps, la paralysie générale.

Mais il ne s'ensuit pas qu'on doive établir, dans la classification nosologique, une espèce tranchée, un alcoolisme paralytique. Si, ce que nous croyons, l'intoxication alcoolique provoque parfois la méningo-encéphalite, c'est alors une vraie paralysie générale qu'on observe, laquelle présente tout au plus, dans sa marche, quelques caractères particuliers. Ces caractères ont, du reste, été étudiés dans des travaux modernes (M. le Dr Moreau. Thèse Paris, 1881). Pour réunir les observations, qui permirent d'édifier la pseudo-paralysie générale alcoolique, on n'a tenu compte que des cas qu'on trouvait typiques, abandonnant ceux qui s'éloignaient plus ou moins du type recherché. En procédant d'une façon plus rationnelle, on eût vu qu'une quantité de faits intermédiaires établissaient une chaîne ininterrompue entre les alcooliques chroniques délirants ordinaires

et ceux qui délirent à la façon des déments paralytiques. M. Dagonet (*De l'alcoolisme au point de vue de l'aliénation mentale*) enseigne que, dans l'alcoolisme chronique, on observe souvent, soit du délire ambitieux, soit du délire hypochondriaque. Pour cet auteur, ces délires caractéristiques dépendent de la manie congestive provoquée par l'intoxication alcoolique. Parmi les exemples qu'il cite, on en trouve dans lesquels le fond du délire est franchement alcoolique, mais il se complique de quelques conceptions orgueilleuses plus ou moins marquées et plus ou moins durables. Ce sont justement les observations de ce genre qu'il ne faut pas laisser de côté, car c'est par leur intermédiaire qu'on arrive progressivement aux cas extrêmes. Si on ne tient compte que de ces derniers, on ne peut obtenir que des conclusions trompeuses.

Ainsi, dans l'observation suivante, l'affection alcoolisme, tout en présentant quelques signes de paralysie générale, se caractérise suffisamment pour qu'on ne puisse se tromper.

Observation V.

Séraphin C..., quarante-cinq ans, journalier, arrive à Vaucluse avec le certificat suivant délivré à Sainte-Anne : « Légère excitation avec hallucinations. Troubles de la sensibilité générale. Prédominance d'idées de persécution. Excès de boisson. »

Ce malade a la figure congestionnée, il avoue ses habitudes alcooliques anciennes et ajoute qu'il buvait surtout dans ces derniers temps. Les pupilles sont un peu inégales, les doigts tremblent, frémissement fibrillaire de la langue et des lèvres. Parole tremblée. Il a de l'anxiété, des hallucinations qui l'effraient, il croit qu'on veut l'empoisonner. En même temps, il manifeste quelques idées orgueilleuses, il se croit d'une force extraordinaire, il ne doute de rien. L'agitation, les hallucinations, le délire disparaissent en

quelques jours. Le tremblement des muscles de la face n'existe plus. Mais le malade reste avec un commencement de démence manifeste. — Trois mois après : céphalalgie, trouble dans les idées, crainte imaginaire; une statue lui fait peur. Cette légère rechute ne dure pas et le malade redevient ce qu'il était auparavant. Son état est depuis resté stationnaire, l'intelligence est lente et bornée, mais la parole est nette, un peu lente parce que le malade cherche ses mots, mais les lèvres ne tremblent plus. L'alcool a évidemment laissé sur le cerveau des traces indélébiles, mais ce n'est pas un paralytique.

Le cas suivant est, au contraire, douteux. Il serait imprudent d'être trop affirmatif, quant au diagnostic. La marche ultérieure de la maladie viendra peut-être lever les doutes.

Observation VI.

Pierre N..., cinquante et un ans, entre le 30 décembre 1882 à Vaucluse. Le certificat de la préfecture de police porte : « Excitation maniaque, désordre dans les actes et dans les idées, hallucinations, idées de grandeur, excentricités multiples. » Celui de Sainte-Anne : « Alcoolisme chronique avec excitation et quelques idées ambitieuses, pupille droite plus large, tendance à la paralysie générale. »

A son arrivée à l'asile, le malade présente tous les symptômes observés à Sainte-Anne. Au bout de quelque temps, les signes somatiques diminuent et disparaissent. Le malade conserve ses idées orgueilleuses, mais il a des exacerbations d'agitation nocturnes, il est halluciné et manifeste des frayeurs. Aujourd'hui, il est incohérent, malpropre et dans un état avancé de démence. Son délire est vague, il faut le provoquer, mais il est toujours sottement orgueilleux : Il porte un bœuf de chaque main. Il a perdu deux cents litres de sang par une écorchure au doigt. Les pupilles sont

égales, les doigts ne tremblent plus, la parole est nette, non hésitante.

Comme on le voit le diagnostic est assez difficile. Nous penchons pour l'alcoolisme parce que le sujet porte l'empreinte de cette intoxication : le cercle sénile est très prononcé, les radiales sont athéromateuses, il y a une lésion aortique. Enfin, on note des terreurs nocturnes et les signes somatiques de la paralysie générale n'existent plus. Il ne reste plus que la démence et du délire orgueilleux, ce qui constitue une grande présomption, mais non une certitude d'encéphalite diffuse.

En résumé, toutes les considérations que nous venons de faire valoir nous permettent d'établir que : Le délire orgueilleux et hypochondriaque peut parfois se montrer dans l'alcoolisme et, alors, il s'y manifeste à des degrés variables. Dans la paralysie générale, il s'y rencontre presque toujours. — M. Baillarger enseigne qu'il existe une folie congestive, qu'il appelle aussi folie paralytique et qui est une véritable entité. Cette folie congestive a une grande tendance à provoquer l'apparition de la paralysie générale, et alors elle coexiste avec elle pendant toute sa durée ou pendant une partie seulement de son évolution. On comprend combien facilement alors peuvent s'expliquer les différents états désignés sous le nom de pseudo-paralysie générale ; c'est la folie congestive qui se combine, pour les produire, soit avec l'alcoolisme, soit avec le saturnisme, soit même avec la démence sénile. Les adversaires de M. Baillarger, ceux qui ne partagent pas entièrement ses idées sur la folie congestive, sont pourtant obligés de reconnaître que la paralysie générale parcourt parfois toutes ses périodes sans présenter de symptômes délirants caractéristiques. En outre, le délire *sui generis* de l'encéphalite diffuse peut être remplacé par un autre d'un aspect tout différent. Ce délire n'est donc qu'un élément très important, mais non nécessaire de la paralysie générale.

Nous avons rencontré un malade remarquable sous ce rapport et nous voudrions placer son observation à côté de celles du même genre. La voici résumée :

Observation VII.

Pin..., maçon, quarante-huit ans, entre pour la première fois à l'asile de Vaucluse en juin 1879. Ses différents certificats médicaux portent : 1° certificat de la préfecture de police : « Manie, idées incohérentes, projets de réforme, hypochondrie, tendance à la démence, violences par intervalle, antécédents inconnus; » 2° le certificat de Sainte-Anne : « Affaiblissement des facultés mentales, idées hypochondriaques et idées ambitieuses incohérentes, inégalité pupillaire, début probable de paralysie générale. »

C'est dans cet état que le malade arrive à l'asile. Il en sort par guérison quatre mois après.

Après une rémission de six mois, Pin... est de nouveau, ramené à Vaucluse. Il est accompagné des certificats suivants : 1° « Manie, récriminations contre sa femme qu'il accuse d'avoir des relations avec son fils, récits confus et embrouillés ; » 2° Sainte-Anne : « Léger affaiblissement intellectuel avec idées hypochondriaques et idées confuses de persécution. Pupille gauche plus large. »

A l'asile, il présente simplement du délire de persécution : sa femme l'a empoisonné avec des cigares; tout le monde lui en veut, etc. Les signes somatiques ne sont pas appréciables. Pendant cinq mois, les notes mensuelles ne mentionnent qu'un délire chronique de persécution avec affaiblissement intellectuel, mais des idées hypochondriaques particulières se manifestent, le malade n'a plus d'estomac et on doit l'alimenter à la sonde. En même temps, on constate le tremblement des muscles de la face et l'hésitation de la parole. Enfin Pin... s'affaiblit très vite et il meurt pendant le mois d'août 1882. A l'autopsie, on trouva les lésions de la méningo-encéphalite.

Voilà un malade qui, pendant toute la période d'état de sa maladie, n'a eu que du délire de persécution et des troubles de la sensibilité générale. Ce n'est pas un cas semblable à ceux qui commencent par un délire de persécution causé ordinairement par des excès alcooliques contemporains du début ; notre malade a, au contraire, dès sa première entrée, présenté des idées orgueilleuses et hypochondriaques.

Quelle que soit l'opinion que l'on professe sur la folie congestive, soit même qu'on la nie et qu'on ne considère le délire spécifique de la paralysie que comme un simple symptôme, on n'en est pas moins forcé d'admettre que ce symptôme existe aussi dans l'alcoolisme. Donc, lésions anatomiques différentes et expression symptomatique délirante identique. Il n'y a cependant pas là paradoxe pathologique. On s'est trop facilement habitué à déduire, des lésions cérébrales *connues* de la paralysie générale, la symptomatologie entière de cette affection. Les lésions *connues* n'expliquent, d'une façon satisfaisante, que la démence, les désordres de la motilité et ceux de la sensibilité. — Il y a bien aussi ces modifications vasculaires analogues à celles qu'on voit dans l alcoolisme. Est-ce aux troubles circulatoires, qui en dérivent, qu'il faut attribuer la pathogénie du délire dans les deux cas ? Il y a peut-être aussi d'autres lésions plus profondes, moins accessibles et inconnues jusqu'à présent. Mais on est entraîné à chercher la solution de ce problème de physiologie cérébrale dans l'étude des localisations d'ordre psychique, étude bien difficile et, il faut le reconnaître, peu avancée à notre époque.

NOTE

SUR LES

PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES

DE L'ERYTHRINA CORALLODENDRON

Par M. le Dr Philippe REY
Médecin adjoint à l'asile de Ville-Evrard

Les intéressants résultats que nous avons obtenus, M. Bochefontaine et moi, en étudiant l'action physiologique de l'Erythrina corallodendron, m'ont engagé à faire l'essai de cette substance dans les cas d'agitation et d'insomnie chez les aliénés. Je l'ai administrée, sous forme de décoction, de teinture et d'extrait, à un assez grand nombre de malades des deux sexes, atteints de différentes formes mentales. Les effets observés, disons-le tout de suite, ne sauraient faire considérer ce médicament comme un agent calmant et hypnotique de premier ordre ; néanmoins, ils nous paraissent dignes d'être signalés.

Avant d'exposer ces résultats, je dois d'abord faire connaître le produit employé et les travaux auxquels il a donné lieu dans son pays d'origine et en France.

L'Erythrina corallodendron (Linnée) est un arbre de la famille des légumineuses (tribu des papilionacées) qui croît au Brésil, dans presque toutes les régions de ce vaste empire et plus spécialement dans les provinces du Nord. Parmi tous ses noms vulgaires, celui de *mulungu* ou *murungu* est

le plus usité. Ce végétal atteint jusqu'à dix mètres d'élévation ; sa description se trouvant dans les ouvrages de botanique, nous ne pouvons qu'y renvoyer le lecteur.

Nous dirons seulement qu'il existe plusieurs espèces du genre Erythrina, dont les principales sont : l'Erythrina corallodendron, l'Erythrina cristagalli, l'Erythrina umbrosa.

La première est la plus employée, c'est celle qui doit nous occuper ici. Y a-t-il des différences dans l'action physiologique et thérapeutique de ces différentes espèces ? Nos expériences personnelles nous permettent de dire que l'une d'elles, dont nous avons employé l'écorce en décoction, a produit les mêmes effets physiologiques que l'extrait préparé avec l'Erythrina corallodendron.

La partie de l'arbre habituellement utilisée est l'écorce dont le liber est très développé ; on en prépare une teinture, un extrait et même un sirop ; la décoction simple est principalement employée en bains. On voit par cette diversité de préparations pharmaceutiques que le Mulungu est d'un emploi usuel dans la thérapeutique brésilienne.

Les affections qu'il est destiné à combattre sont assez nombreuses, telles sont : l'insomnie, la toux, les accès d'asthme, la coqueluche, les névralgies hystériques, les hépatites chroniques, l'engorgement douloureux du foie et l'éléphantiasis des Arabes. En définitive, c'est comme sédatif du système nerveux et hypnotique que les médecins brésiliens emploient ce médicament. (Dr Caminhoa, Corea d'Azevedo, etc...)

D'après le Dr Martins Costa (1) on administre l'extrait à la dose de 40 à 50 centigrammes ; il constate que, à cette dose, la température ne varie pas, les mouvements respiratoires conservent leur rythme normal, l'impulsion cardiaque est moins forte, la sensibilité à la douleur est endormie ; et quand on n'obtient pas le sommeil, il se pro-

(1) Dr Martins Costa. *Ensaios de materia media a therapeutica.*

duit du moins un état de veille calme, et du bien-être. Le sommeil provoqué par le Mulungu est exempt de toute agitation, il est suivi d'un réveil aussi facile et aussi tranquille que si l'individu soumis à son action sortait d'un sommeil naturel. A la dose de 10 à 20 centigr., on n'observe aucun effet hypnotique chez les adultes. Ce même médecin a observé quelquefois des vomissements à la suite de l'administration de cette substance.

Quant à l'action purement physiologique, elle ne nous paraît pas avoir été sérieusement étudiée au Brésil. L'expérimentation sur les animaux se réduit à un fait enregistré par le Dr Caminhoa (1). Il s'agit d'un chien de taille moyenne auquel ce médecin avait fait absorber 2 gr. d'extrait de Mulungu : l'animal dormit dix-huit heures. Pendant les douze premières heures, il était complètement insensible, et plus tard on observa des vomissements. 10 gr. lui ayant été ensuite administrés, l'expérimentateur apprit que la mort était survenue; mais il ne saurait l'affirmer, n'ayant pas lui-même surveillé son expérience.

Le Dr Freire Allemao Sobrinho dit aussi que les graines de Mulungu sont vénéneuses et il range ce végétal dans l'ordre des agents convulsivants et stupéfiants ; mais nous ne connaissons pas les expériences par lesquelles il a établi cette action.

Le Dr Pedro S. de Magalhaens, expérimentant sur des chiens, dit n'avoir observé aucune action de ce genre : cet auteur ne fait pas connaître les résultats qu'il a lui-même obtenus (2).

En 1879, j'ai rapporté du Brésil quelques fragments d'écorce de Mulungu que je dus à l'obligeance de M. Glaziou, le savant directeur du jardin public de Rio-Janeiro,

(1) Dr J. M. Caminhoa. *Plantas toxicas do Brazil.* Rio-Janeiro, 1871.

(2) Notas sobre o mulungu. *Gazeta médica Brazileira*, février 1882.

ainsi que des échantillons d'extrait et de teinture, qui me furent gracieusement offerts par deux pharmaciens distingués, M. Pekolt, à Rio-Janeiro, et M. Silva-Lima, à Bahia. C'est cette petite provision qui a servi aux expériences que nous avons faites en commun avec M. Bochefontaine et dont les résultats ont été communiqués à l'Académie des sciences par M. le professeur Vulpian (séance du 24 mars 1884), et à la Société de biologie par M. Bochefontaine (voir *Gazette médicale* du 2 avril 1884) (1). Nous nous bornerons à rappeler ici les principaux phénomènes observés chez le chien.

« Si l'on injecte dans une veine saphène, vers le cœur, le liquide limpide provenant de la filtration de 2 gr. d'extrait dissous dans l'eau, on voit, au bout de quelques minutes, apparaître un léger frisson général, intermittent, dont les accès se rapprochent en même temps qu'ils augmentent d'intensité, et auquel ne tardent pas à succéder de l'abattement et de la faiblesse. L'animal fléchit en marchant, et il ne parvient à se tenir sur ses quatre membres qu'à la condition de les écarter les unes des autres, afin d'agrandir sa base de sustentation ; il reste dans cette attitude, abaissant peu à peu la tête, jusqu'à ce que son nez vienne heurter le sol. Il tressaute alors, sort en partie de sa somnolence, et, la tête toujours basse, il se dirige lentement, en chancelant, vers un angle obscur où il s'affaisse pour dormir. Un instant après, il se relève spontanément, mais avec peine, piétine en oscillant sur ses quatre membres, fait des efforts de défécation et vomit. Il commence à uriner goutte à goutte ; puis redevenu calme, il va de nouveau se laisser tomber dans un coin où il demeure immobile, profondément engourdi. Il n'a pas cependant perdu complètement la motilité, et sa sensibilité n'est pas absolument éteinte;

(1) Dès mon arrivée, je fis au Muséum, quelques essais pour lesquels M. Gréhant voulut bien m'aider de ses excellents conseils.

car si on le pince, si on le déplace, il pousse des gémissements plaintifs, fait quelques efforts impuissants pour se relever et retombe dans l'immobilité.

» Avant l'injection intra-veineuse, on comptait par minute cent vingt battements de cœur, on n'en trouve plus que quatre-vingts lorsque l'animal est dans la période de l'empoisonnement, et la température centrale s'est abaissée de deux degrés environ.

» Cet état de torpeur persiste pendant sept ou huit heures, l'urine continuant à sortir par l'extrémité préputiale.

» Si l'animal est jeune ou peu robuste, il succombe au bout de ce temps sans sortir de l'engourdissement; dans le cas où il est adulte et vigoureux, la prostration décroît à partir de cette période, mais elle décroît progressivement, lentement, de sorte que, un, deux et même trois jours après l'intoxication, il existe encore de la faiblesse, de la lenteur dans les mouvements de l'animal.

» L'ensemble de ces phénomènes d'une part, et d'autre part la persistance de l'excito-motricité nerveuse et de la contractilité musculaire, conduisent à conclure que l'Erythrina corallodendron agit sur le système nerveux central pour en diminuer ou en abolir le fonctionnement normal.

» L'écorce d'Erythrina corallodendron possède donc les propriétés calmantes qui lui sont attribuées au Brésil, et elle les doit sans doute à l'alcaloïde qu'elle contient, et que l'on peut désigner sous le nom d'Erythrine. »

Une nouvelle provision d'écorce, de teinture et d'extrait de Mulungu m'ayant été adressée par mes deux distingués confrères et amis, le Dr Lopo-Diniz d'Albuquerque, de Rio-Janeiro, et le Dr Pacifico-Pereira, de Bahia, j'ai pu entreprendre des recherches sur l'action de cette substance dans la folie avec agitation et insomnie.

Nous n'avons rien trouvé sur ce sujet dans les publications médicales brésiliennes. N'ayant par conséquent aucune

indication sur le mode d'emploi de ce médicament chez les aliénés, nous avons d'abord donné des doses minimes, pour arriver progressivement à des doses relativement élevées.

Voici les faits :

19 *juillet* 1882. Zanelli, Bitteur, Barbier, agités, turbulents jour et nuit, ont pris 15 centigr. d'extrait en une fois. Résultat nul.

20 *juillet*. Mêmes malades. Même état d'agitation. Soir : 30 centigr. d'extrait en une dose ; ont reposé une partie de la nuit.

22 *juillet*. Bitteur, excitation maniaque, loquacité, déchi reur, insomnie : 60 centigr. d'extrait en deux doses ; a dormi quelques heures.

Les deux autres malades n'ayant pas reçu de potion n'ont pas cessé d'être agités durant toute la nuit.

Août. Giraud, délire mélancolique, hallucinations, agitation, insomnie. Deux cuillerées à bouche d'une potion de Mulungu, à deux heures d'intervalle (la cuillerée à bouche = 0,50 centigr. d'extrait). Le malade est moins agité, tranquille au moment du coucher, sommeil paisible jusqu'au milieu de la nuit où il reçoit une troisième cuillerée, se rendort jusqu'au jour. Le lendemain, même état d'agitation que la veille.

Chaumien, lypémanie anxieuse, agitation, plaintes, cris nocturnes; même potion, deux cuillerées au coucher (1 gr. d'extrait), nuit calme.

Duvaux, excitation maniaque, vive agitation, destructeur, bavardage et cris nocturnes ; même dose, pas de résultat. Le lendemain, quatre cuillerées à bouche contenant chacune 1 gr. d'extrait ; le malade, plus calme, a passé une bonne nuit. Le pouls qui était de 80 pulsations tombe à 64.

26 *août*. Rottmann, manie rémittente, période d'agitation, insomnie. 2 gr. d'extrait dans la journée à trois heures d'intervalle : le soir plus calme, nuit tranquille, dort jus-

qu'à trois heures du matin. 1 gr. à son réveil, se rendort jusqu'au jour. Dès les premières doses, le pouls est tombé de 72 à 64. Le lendemain, pas de potion, le malade est agité le jour et la nuit.

Blanpain, délire alcoolique, agitation continuelle, insomnie, 4 gr. d'extrait en quatre doses, à deux heures d'intervalle ; le soir, plus calme, tranquille au coucher ; s'est endormi à dix heures. Le pouls est tombé de 88 à 65.

Lemaire, paralysie générale, agitation incessante, le jour et la nuit ; 1 gr. 50 d'extrait en trois fois, pas de résultat ; le lendemain, 3 gr. par doses de 50 centigr. de deux en deux heures, pas d'effet bien appréciable.

Picard, manie rémittente, période d'agitation, insomnie ; reçoit 3 gr. d'extrait en trois doses, le matin, l'après-midi et le soir ; la journée a été plus calme, a reposé toute la nuit ; le lendemain même dose, même résultat.

Barbier, délire mélancolique, hallucinations, frayeurs nocturnes, insomnie, même dose, même mode d'administration, nuit calme. Ralentissement du pouls de 80 pulsations à 64.

Sevin, Rousset, paralysie générale, agitation maniaque, 3 gr. en trois doses; rien de notable.

Voici les quelques essais que mon excellent collègue, M. le Dr Schills, a bien voulu faire chez les femmes :

Teinture de Mulungu. — Cinq femmes agitées ont pris le soir 1 gr. de teinture en deux fois : quatre ont été plus calmes et ont reposé une partie de la nuit.

Guého, Buchès, très agitées, potion de Mulungu, 2 gr. de teinture en quatre fois dans le courant de la journée ; ces malades ont été plus calmes, ont pu rester sans la camisole de force, et ont reposé toute la nuit.

Extrait de Mulungu. — Gros, Helena, Guého ont reçu 4 gr. d'extrait en quatre doses ; deux d'entre elles ont accusé des frissons, avec état nauséeux, pas de vomissements, état de demi-stupeur ; ces trois malades ont été

calmes le reste de la journée et durant toute la nuit. Chez la malade Gros, le pouls est tombé de 88 à 62.

Comme on le voit, l'action calmante de l'Erythrina s'est manifestée dans le plus grand nombre des cas ; mais il nous a fallu l'administrer à des doses beaucoup plus élevées que celles employées par les auteurs brésiliens dans des affections autres que l'aliénation mentale. Les plus fortes doses ont été parfaitement tolérées et n'ont provoqué qu'un état nauséeux passager et quelques frissons. Le phénomène le plus remarquable consiste dans le ralentissement du pouls. Il a été constant. La température n'a pas subi de modification appréciable.

Cette action du Mulungu serait plus marquée chez les femmes. Elle a été nulle, ou peu sensible, dans les cas d'excitation maniaque de la paralysie générale. Tels sont les résultats que nous avons notés.

Une plus grande quantité de substance nous eût permis d'élever les doses, de prolonger l'administration de ce médicament chez le même sujet, d'étudier son action sur les différents appareils et son mode d'élimination. L'Erythrina nous paraît, en effet, mériter des recherches plus complètes.

Archives cliniques

85

ASILE DE LAFOND. — M. MABILLE.

Démence paralytique à la suite d'une variole.

Sommaire. — Paralysie générale sans délire survenant chez un homme à la suite d'une variole. — Troubles musculaires accentués. — Affaiblissement des facultés. — Autopsie.

B... âgé de cinquante ans, matelot de la marine marchande, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, entre à l'hospice de la Rochelle en novembre 1881 pour y être traité de douleurs aux articulations du genou. Durant le cours de cette affection, il semble au personnel médical qu'il est menacé *d'une congestion cérébrale*. Sorti guéri de sa variole, il donne peu après des signes de trouble mental qui motivent son admission à l'asile de Lafond le 21 février 1882.

Certificat d'admission. — Est atteint d'une maladie mentale parfaitement caractérisée par des actes insolites qui prouvent complètement l'aliénation de ses facultés mentales. Il se lève pendant la nuit; il est hors de chez lui et mange où il peut trouver à prendre. En conséquence, nous pensons qu'il doit être immédiatement conduit à l'asile de Lafond, pour y recevoir les soins qu'exige son état mental.

Signé : P. Drouineau.

Certificat de vingt-quatre heures. — Est atteint d'aliénation mentale caractérisée par un désordre des actes avec embarras de la parole et affaiblissement des facultés. — Hérédité : sœur aliénée. — Variole récente.

22 *février* 1882. *Signé* : Dr Mabille.

Très calme, le malade répond assez bien aux questions qui lui sont adressées, mais il y a chez lui hésitation, lenteur de la conception et embarras très prononcé de la parole. — La langue est agitée par un tremblement musculaire prononcé. Les pupilles sont contractées, mais égales. Les jambes fléchissent sous le malade et la parésie du côté gauche est très accentuée. Le malade ne montre pas la moindre énergie en quoi que ce soit; ce qui domine chez lui, c'est, outre l'affaiblissement musculaire, l'affaiblissement intellectuel.

10 *mai* 1882. *Certificat de quinzaine.* — Est atteint de paralysie générale avec embarras de la parole et de la marche; affaiblissement notable des facultés.

Signé : Dr MABILLE.

Avril. Paisible, ne se croit pas malade.

Mai. Même état; parésie, se couche souvent à terre, n'écoute aucun conseil; embarras de la parole.

Juin. Pleurésie à droite.

Juillet. Entre en convalescence de sa pleurésie; la faiblesse musculaire augmente, pupilles inégales. Le malade est gâteux.

Août. Même état. Pas de délire spécial; le malade se tient à peine sur ses jambes.

En *novembre*, après des alternatives de faiblesse et de retours partiels des forces, le malade succombe presque brusquement le 10, à onze heures et demie du soir.

Autopsie trente-six heures après la mort.

A l'ouverture de la *dure-mère*, il s'écoule une quantité notable de sérosité.

L'*arachnoïde* injectée est *adhérente à la substance cérébrale qui s'enlève par morceaux*, surtout sur le trajet des vaisseaux. Les *circonvolutions frontales* sont principalement le siège de ces altérations qui sont manifestes surtout à

droite et au niveau de la circonvolution frontale ascendante et de la pariétale ascendante.

Piqueté généralisé de la *substance blanche*, des *corps striés* et des *couches optiques du cerveau*, les *ventricules latéraux* sont remplis d'arborisations vasculaires.

Les *artères* de la base sont légèrement athéromateuses.

La *plèvre* droite est épaissie et très adhérente à la cage thoracique et aux poumons.

Les *poumons* sont refoulés en haut et en arrière, le gauche congestionné et hépatisé dans son tiers supérieur.

Le *péricarde* épais ne contient pas de liquide.

Le *cœur* est sain.

Le *foie* est volumineux et graisseux.

Le *rein gauche* a presque triplé de volume, il présente des petites poches communiquant avec une poche centrale à tunique fibreuse contenant un liquide jaunâtre (hydronéphrose).

Observations.— Si l'on vient à résumer cette observation, on voit qu'au cours d'une variole, B..., qui est un héréditaire, a eu une sorte de congestion cérébrale, à la suite de laquelle se développèrent des troubles mentaux et surtout des troubles musculaires.

Lors de son arrivée à Lafond, la faiblesse musculaire existant surtout du côté gauche me fit longtemps hésiter, en l'absence de tout délire fixe soit de grandeur, soit mélancolique, entre une hémorrhagie survenue dans le cours de la variole et une paralysie générale qui se serait développée sous l'influence de la même cause.

Cette dernière opinion l'emporta, comme le montre mon certificat de quinzaine. C'est, du reste, son exactitude que l'autopsie est venue confirmer.

B... a donc été atteint sous l'influence d'une maladie aiguë, qui ici est la variole, d'une paralysie générale avec démence sans délire caractérisé et troubles somatiques prédominants.

86

ASILE DE VAUCLUSE.— M. BIGOT, MÉDECIN EN CHEF.

Saturnisme chronique simulant la démence paralytique.

(Observation recueillie par le Dr L. Camuset, médecin adjoint).

Le nommé Dabeau (Frédéric), quarante-huit ans, peintre en bâtiments, entre à l'asile le 23 février 1883, accompagné des deux certificats suivants :

1° « Démence paralytique.—Affaiblissement marqué de » l'intelligence, de la mémoire et de la volonté, de la sen- » sibilité et du mouvement. Embarras de la parole; nulle » conscience de ses actes — *Signé* : LEGRAND DU SAULLE. » 14 février 1883. »

2° « Atteint d'affaiblissement des facultés mentales » avec diminution considérable de la mémoire. — Inca- » pacité de pourvoir à ses besoins. — Pupilles inégales. » — Parole embarrassée. Faiblesse musculaire plus ac- » cusée à gauche. — *Signé* : MAGNAN. 15 février 1883. »

3° Certificat immédiat : « Paralysie saturnine. — *Signé* : BIGOT. 24 février 1883. »

Voici l'observation du malade dans nos salles : Dobeau est maigre, l'air misérable, le teint jaune, la physionomie sans expression. — Les pupilles sont inégales et réagissent mal à la lumière. La langue et les lèvres sont animées de petits mouvements fibrillaires. Hors de la bouche, la langue est ataxique. La parole est hésitante, lente, saccadée, exactement comme dans la paralysie générale. Les mains tremblent beaucoup. La marche est mal assurée, mais la faiblesse musculaire n'est pas plus marquée à gauche qu'à droite. (Ce dernier symptôme, noté par M. Magnan, s'était donc dissipé en quelques jours, comme il arrive souvent dans

la paralysie générale.) Le réflexe tendineux du genou est conservé et ne paraît pas exagéré. — Liseré bleuâtre très marqué sur le bord libre des gencives. — Signes manifestes de tuberculose pulmonaire. — Les urines examinées dans les premiers jours de l'arrivée contiennent de l'albumine, mais en petite quantité.

Du côté des facultés mentales, on ne note pas de délire, mais seulement une démence prononcée avec indifférence absolue. Le malade ne s'inquiète de rien, ne se plaint pas et à la vérité ne pense guère. On arrive à lui faire dire qu'il a eu des coliques de plomb dans le temps.

D'après les renseignements, cet état si grave se serait établi progressivement sans accidents aigus : convulsions ou attaques. Le malade ne se serait jamais rendu compte de sa situation, l'indifférence eût été la caractéristique de sa décadence intellectuelle.

Le traitement consista en toniques, iodure de potassium et bains sulfureux. Mais les lésions pulmonaires s'aggravèrent rapidement: dyspnée, fièvre, œdème des membres inférieurs, et la mort arriva le 19 mars, moins d'un mois après l'arrivée du malade.

Autopsie. — La dure-mère n'adhère pas aux os du crâne; on ne trouve pas de fausses membranes accolées à sa face interne. Les autres méninges sont épaisses et très vascularisées. Les veines dilatées y sont gorgées de sang (méningite chronique). Aucune adhérence méningo-corticale; quantité considérable de liquide céphalo-rachidien qui comprime le cerveau. Les ventricules latéraux sont aussi distendus par ce liquide. — Le cerveau est très ferme, ischémié dans toutes ses parties. La substance grise participe à la dureté générale.

Les poumons renferment des tubercules en assez grand nombre; aux sommets ils sont plus ou moins ramollis. Le cœur est très hypertrophié et un peu graisseux. Plaque athéromateuse sur une des valvules mitrales, d'où insuffi-

sance de l'orifice. Foie légèrement graisseux. Rien aux reins ni à la rate (à l'examen macroscopique).

M. Requier, pharmacien en chef de l'asile, a bien voulu analyser l'encéphale et il y a trouvé 36 milligrammes de plomb. L'encéphale lui avait été donné, débarrassé en partie de ses enveloppes; mais on n'avait pas fait d'injections détersives au préalable dans les vaisseaux (1).

Les faits de ce genre sont bien connus, ils ont été étudiés d'abord par M. Delasiauve et, après lui, par plusieurs médecins : MM. J. Falret, Doutrebente, Renaut, Régis; etc. Mais les observations publiées sont cependant peu nombreuses. La nôtre offre le tableau exact de la démence paralytique sans délire. On sait qu'on a noté dans plusieurs cas le délire orgueilleux et qu'on a admis ainsi une pseudo-paralysie générale saturnine.

La profession de notre malade a appelé l'attention sur le saturnisme, et le liséré des gencives a fait voir qu'il y avait intoxication. Le seul caractère différentiel clinique d'avec la paralysie générale était un tremblement des mains plus prononcé qu'il ne l'est ordinairement dans cette affection. L'autopsie et l'analyse du cerveau ont démontré que le diagnostic était exact. Mais Dobeau est mort de phthisie pulmonaire; que serait-il arrivé s'il n'avait pas succombé à cette grave maladie intercurrente? Malgré le degré avancé de son affection, après l'élimination du poison, il eût peut-être guéri, non pas complètement à cause de la méningite chronique qui n'aurait pas disparu sans laisser des traces, mais enfin il eût peut-être récupéré suffisamment de ses facultés mentales pour pouvoir vivre de la vie commune. Il est en effet permis d'être optimiste quand il s'agit d'intoxication saturnine. Les neuropathies plombiques guérissent souvent d'une façon surprenante.

(1) Il a aussi trouvé une quantité notable du métal dans le foie.

On a signalé plusieurs guérisons de pseudo-paralysie générale, et M. Grasset relate l'histoire remarquable d'un malade atteint de saturnisme chronique qui vit tous ses muscles envahis par la dégénérescence atrophique progressive, même l'orbiculaire des lèvres; et qui cependant guérit d'une façon complète (*Traité des maladies nerveuses*).

87

ASILE DE VILLE-ÉVRARD. — PH. REY, MÉDECIN ADJOINT, ET M. MANIÈRE, INTERNE.

Cas de paralysie générale héréditaire.

Sommaire. — Paralysie générale. — Hérédité directe et similaire. — Père atteint de paralysie générale à quarante-neuf ans et le fils à vingt-trois ans.

Champagnac père, quarante neuf ans, mécanicien, entré à Ville-Evrard le 26 juin 1879. Les certificats conservés au dossier portent tous le diagnostic de paralysie générale avec affaiblissement des facultés intellectuelles, de la mémoire, idées de satisfaction, embarras de la parole et inégalité pupillaire. Mort le 9 octobre 1880. Le bulletin de décès porte : *Marasme paralytique*. Nous ne savons pas si l'autopsie a été faite.

Champagnac (*Auguste*), vingt-quatre ans, mécanicien, entre le 29 avril 1882 à l'asile de Ville-Evrard (service de M. de La Maëstre). Il est le troisième de cinq enfants dont deux morts en bas âge. Un autre est sujet à de fréquents vertiges. Jusqu'à l'âge de dix-sept à dix-huit ans, notre malade jouissait d'une bonne santé et il était d'un caractère assez gai : il était intelligent et il a pu de bonne heure travailler comme mécanicien au chemin de fer du Nord ; son

caractère a changé peu à peu; il est devenu pensif, sournois et même méchant.

Il y a trois ans, il était parfois « comme perdu »; deux ans après, c'est-à-dire en 1881, vers le mois de novembre, on a remarqué, chez lui, de l'embarras de la parole : il était quelquefois agité; on n'a pu rien nous dire sur la nature de ses idées délirantes.

Il a cependant continué à travailler au chemin de fer jusqu'au mois de janvier 1882; à cette époque, l'embarras de la parole était plus prononcé, les forces avaient notablement diminué. En février, le malade marchait difficilement et s'exprimait avec beaucoup de peine. Enfin, il entre à l'hôpital Lariboisière (service de M. Proust), d'où il est dirigé sur Sainte-Anne avec un certificat d'aliénation mentale. — Dès son entrée à Ville-Evrard, nous notons un état de démence avancé : ignorance du cours du temps, de son âge; nulle conscience de sa situation, pas de manifestations délirantes proprement dites, air satisfait et béat. L'embarras de la parole est extrême, ainsi que le tremblement des muscles de la langue et de l'orbiculaire des lèvres. Inégalité pupillaire. La marche est vacillante comme chez les déments paralytiques les plus avancés et les mouvements des membres supérieurs s'exécutent par petites saccades. L'appétit est excellent, les fonctions digestives sont régulières, aucun soin de propreté.

Pas de changement jusqu'au 20 septembre 1882 où le malade est pris d'attaques épileptiformes répétées auxquelles il succombe le 23.

Autopsie. — Epaisissement et aspect laiteux des méninges, adhérences disséminées avec la substance grise, et granulations ventriculaires.

Réflexions. — Cette observation fournit un exemple d'hérédité directe et similaire dans la paralysie générale. Il vous a paru utile de l'enregistrer.

Une autre particularité remarquable est l'âge même de

notre sujet. D'après les renseignements fournis par la famille, les troubles intellectuels ont paru à vingt et un ans : deux ans après, on notait l'embarras de la parole, et à vingt-quatre ans, nous constatons la démence paralytique qui s'est terminée par des attaques épileptiformes. C'est là un cas assez rare de précocité de la paralysie générale. Ajoutons que la maladie a affecté la forme démente avec prédominance des troubles de la motilité, et qu'elle a eu la durée moyenne de cette affection mentale.

Médecine légale

PROCÈS DE LA FEMME FIQUET

(DE DIJON)

accusée d'assassinat

MORPHIOMANIE ET SIMULATION

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

De M. le Dr BLANCHE
Membre de l'Académie de médecine.

L'importance de ce procès, au point de vue médico-légal, et particulièrement au point de vue de la prétention de l'accusée à l'irresponsabilité, sous prétexte de morphiomanie, a été déjà signalée dans les chroniques des numéros de janvier et mai 1883. Nous revenons, aujourd'hui, sur cette cause qui a produit une émotion considérable dans le pays, et nous publions *in extenso* le rapport de M. le Dr Blanche qui a été la pièce la plus importante du procès.

Nous le faisons précéder d'un rapide exposé des faits.

Le 30 juin, au matin, on trouva aux portes de Dijon, dans le canal, le corps d'une petite fille étendue dans l'eau et noyée; on la reconnut pour être la jeune Henriette Barbey.

La femme Fiquet, voisine de la famille de cette enfant, fut accusée de la mort; elle reconnut que la veille, au moment

où les enfants sortaient de l'école, elle avait pris cette petite fille par la main, et l'avait emmenée chez elle ; mais elle nia absolument qu'elle l'eût fait mourir et prétendit que, par suite de l'usage abusif et invétéré de la morphine, il lui arrivait souvent de ne pas avoir conscience de ce qu'elle faisait ; elle affirma notamment qu'elle n'avait conservé aucun souvenir de ce qui s'était passé dans la journée du 29 juin.

Placée en observation à l'asile d'aliénés de Dijon, la femme Fiquet fut soumise à l'examen de trois médecins, MM. les Drs Maillard, Deroye et Marandon de Montyel.

Les conclusions du rapport des experts furent les suivantes :

« Ce n'est pas sous l'influence de la morphiomanie que la femme Fiquet a enlevé et assassiné Henriette Barbey.

» Elle n'était pas aliénée dans la journée du 29 juin et la nuit du 29 au 30 juin, et elle doit être considérée comme responsable des actes alors commis par elle.

» Les troubles nerveux et intellectuels alléguées ou prétextés par elle durant l'observation directe ont été tous simulés.

» Toutefois il importe, dans l'appréciation des crimes dont elle est accusée et de sa responsabilité, de tenir compte de la faiblesse de son caractère, de la mobilité de ses idées et de son manque de jugement. »

La femme Fiquet comparut le 1er décembre 1882 devant la cour d'assises de Dijon, mais, par suite d'un manque de forme, la cause dut être remise à une session ultérieure. La cour décida que, dans l'intervalle, l'accusée serait soumise à l'observation d'un médecin aliéniste de Paris. Elle fut donc transférée à Saint-Lazare. M. le Dr Blanche, chargé de l'examen, rédigea sur son compte le rapport suivant :

L'examen dont j'étais chargé devait nécessairement embrasser l'étude de l'état mental de la femme Fiquet, d'abord antérieurement à l'époque où a eu lieu le crime

dont elle est accusée, puis le jour même de l'accomplissement du crime, ensuite pendant les six mois qui l'ont suivi, enfin, depuis qu'elle est soumise à mon observation directe, c'est-à-dire depuis le 17 janvier, jour où je lui ai fait ma première visite.

Pour les trois premières périodes, j'ai dû puiser mes renseignements dans les pièces du dossier, interrogatoires de l'accusée et de son mari qui est son coaccusé, dépositions des témoins, rapports des experts, documents émanant de l'accusée elle-même, réquisitoire, acte d'accusation.

De la lecture attentive de tous ces documents, il est résulté pour moi la conviction que jusqu'au 29 juin 1882, jour du crime, le jour du 29 juin, et depuis ce moment jusqu'à aujourd'hui, la femme Fiquet n'avait pas présenté de signes d'aliénation mentale.

Au point de vue des antécédents héréditaires, si la femme Fiquet prétend que son père aurait été somnambule, que sa mère ainsi qu'un de ses frères seraient morts de méningite, elle n'a jamais dit qu'aucun de ses parents ait été traité comme aliéné, et toutes les informations recueillies à ce sujet ont eu un résultat négatif. Toutefois, elle m'a assuré qu'elle avait été placée, à l'âge de quinze ans, à la Salpêtrière, sous le nom de Schneider, par des saltimbanques avec lesquels elle était de passage à Paris; mais sur les registres de l'établissement, on ne trouve pas de malade de ce nom et de cet âge qui aurait été admise à l'époque indiquée.

La femme Fiquet aurait-elle été, tout au moins, atteinte d'hypochondrie? On pourrait le croire, à n'envisager que ses fréquents séjours dans les hôpitaux et ses incessantes visites aux médecins de toutes les villes qu'elle a successivement habitées; mais, en y regardant de près, en lisant les déclarations des médecins qu'elle a consultés, on arrive à cette conviction que presque toutes les maladies alléguées

par elle étaient ou simulées ou exagérées et que, si elle a montré parfois quelque chose *d'anormal dans le caractère, de l'étrangeté dans ses manières, de l'exagération dans les idées, on ne l'a jamais considérée comme une aliénée. Seul, un interne de l'hôpital de Dijon, après avoir d'abord déclaré que dans l'hôpital elle passait pour être malade imaginaire et qu'elle occupait tous les services de sa personne et de sa prétendue maladie, ajoute : « Cette femme était hystérique, elle avait des idées romanesques, elle prétendait qu'elle était méconnue, incomprise, qu'elle n'était pas à sa place ; cette femme était maniaque et je crois avoir remarqué que par instants elle ne jouissait pas complètement de ses facultés intellectuelles.* » — Or, le témoin ne dit pas sur quoi il fonde son opinion que la femme Fiquet était hystérique, et on verra, d'ailleurs, plus tard, qu'elle a simulé des attaques d'hystérie, et il ne dit pas davantage en quoi, par instants, elle ne jouissait pas complètement de ses facultés intellectuelles; car il ne peut établir cette opinion sur ce fait qu'elle avait des idées romanesques et qu'elle se disait méconnue, incomprise, ce qui méritait l'épithète d'orgueilleuse, d'ambitieuse, de *maniaque* dans le sens que l'on attache à ce mot dans le langage ordinaire et non dans le langage médical, mais jamais on ne saurait aller jusqu'à y voir un signe de trouble de la raison. La femme Fiquet assure, d'un autre côté, que, depuis deux ans environ, elle faisait un grand usage d'opium, soit en potions, soit en injections.

En admettant que cette assertion soit sincère, l'accusée n'a pas non plus présenté les symptômes caractéristiques de l'intoxication morphinée, et, par conséquent, on peut même révoquer en doute ses allégations à cet égard, et tout au moins affirmer que si elle s'est ingéré de fortes doses de morphine, ses facultés intellectuelles n'en ont pas été altérées, si ce n'est peut-être d'une manière très fugitive, et sous forme d'assoupissement momentané. Je tiens donc

pour établi qu'avant le 29 juin 1882 la femme Fiquet n'a pas donné de signes de folie.

J'arrive maintenant à la journée du 29 juin ; il ne m'appartient pas de rechercher ce qui est vrai et ce qui est faux dans ses différents récits des faits qui se sont succédé depuis le matin jusqu'au soir de ce jour, récits combinés par elle pour sa défense ; je n'ai à m'en occuper qu'au point de vue de son état mental.

Or, que m'ont appris les témoignages les plus positifs, et les déclarations de la femme Fiquet elle-même?

Le matin, elle fait des courses et des visites en ville ; vers onze heures, elle cause avec la jeune Coquereaux en termes qui contiennent comme l'annonce de ce qu'elle a projeté de faire ; elle emmène l'enfant en lui disant ce qui peut la déterminer à la suivre sans difficulté : chez elle, à la question de sa fille, elle répond de manière à prouver que c'est bien volontairement et avec conscience de ce qu'elle faisait qu'elle a amené l'enfant. — Puis, dans les différentes versions qu'elle donne des événements qui se sont accomplis jusqu'à la submersion de l'enfant, et même pendant le reste de la nuit, si elle varie dans ses déclarations, il n'en reste pas moins acquis qu'elle a conservé le souvenir de tous les actes qu'elle n'a pas intérêt à cacher, et par conséquent qu'elle en avait conscience, et qu'il est impossible d'admettre, comme elle le voudrait, qu'à onze heures du matin, à l'époque de l'enlèvement de l'enfant, elle était sous l'influence de la morphine, qu'elle avait obéi à une de ces idées bizarres qui lui traversaient le cerveau quand elle avait pris de l'opium, et qu'elle ne savait pas bien ce qu'elle faisait, comme, par exemple, la veille, le 28 juin, elle avait acheté sans aucun besoin un lot de livres de médecine. Si cette obnubilation de la pensée avait réellement existé, d'abord la femme Fiquet n'aurait pas pu causer comme elle a causé avec la jeune Coquereaux, et donner à prévoir ce qu'elle avait l'intention de faire, elle n'aurait pas

pu parler à l'enfant, et ensuite elle serait revenue plus ou moins rapidement à elle-même, et quelques instants plus tard, interrogée par sa fille, elle aurait reconnu l'acte inconscient qu'elle avait commis, et en aurait exprimé son étonnement, au lieu de l'expliquer par une assertion mensongère. Dans l'hypothèse où la femme Fiquet aurait obéi à un mouvement impulsif irrésistible, comme on en rencontre dans certaines formes d'aliénation mentale, je pourrais admettre qu'elle en aurait perdu le souvenir; mais, peu d'instants après, tout en l'ayant oublié, se trouvant avec l'enfant dans son logement, interrogée par sa fille, elle aurait dû, aussi, dans ce cas, répondre à sa fille qu'elle ne pouvait s'expliquer l'acte qu'elle avait commis, et ne pas y persévérer. — Au lieu de cela, comme je l'ai dit, elle ne cherche pas à cacher à sa fille ce qu'elle a fait, elle lui en donne un motif qu'elle invente et qui est contraire à la vérité ; toutes circonstances qui excluent la possibilité d'une impulsion irrésistible passagère. Il me paraît donc irréfutable qu'il n'y a eu chez la femme Fiquet ni obnubilation momentanée de la raison, ni mouvement impulsif irrésistible, pas plus à l'instant où elle a agi que dans tout le cours de cette journée.

Le lendemain 30 uin, je ne vois rien non plus dans sa conduite qui dénote un trouble intellectuel.

Interrogée le soir même du 30 juin, elle rend compte de l'emploi de son temps la veille, en niant l'enlèvement de l'enfant et en omettant conséquemment dans son récit tout ce qui a trait à l'enfant.

Dans ses interrogatoires ultérieurs, elle reconnaît que c'est elle qui a emmené la jeune Barbey, et elle présente les faits tantôt sous un jour, tantôt sous un autre; elle déploie dans ses réponses toutes les ressources d'un esprit très fin et très délié, elle reste toujours maîtresse d'elle-même, elle observe, attend pour répondre, discute et argumente avec habileté: elle lutte avec opiniâtreté,

cherche à susciter des difficultés, ne néglige aucun moyen de défense pour accuser autrui, avance des assertions évidemment mensongères qu'elle recouvre d'apparences plausibles. Je ne puis trouver là des signes de trouble intellectuel.

Toutefois, en présence d'une femme qui disait avoir été atteinte de maladies graves, nerveuses et autres, qui avait fait de fréquents séjours dans les hôpitaux, qui avait consulté de nombreux médecins et qui affirmait être sujette à des moments d'absence provoqués par l'abus de préparations opiacées, le magistrat instructeur pensa qu'il était de son devoir de soumettre l'accusée à une observation médicale continue et prolongée, et, sur son ordre, la femme Fiquet fut placée à l'asile des Chartreux, vers le milieu du mois d'août, et elle y est restée jusqu'au 15 octobre.

Pendant ces deux mois, la femme Fiquet a présenté des accidents gastro-intestinaux que l'on doit probablement rattacher à ses habitudes d'intoxication morphinique, et peut-être aussi aux changements produits dans son organisme par la suppression du toxique ; elle n'avait pas toujours le sommeil régulier, non plus que l'appétit; elle a manifesté des troubles nerveux dont la simulation a été prouvée; elle n'a jamais eu de périodes de stupeur ni d'agitation, on n'a constaté chez elle ni perversions sensorielles ni conceptions délirantes. Seulement, elle a persisté à soutenir que, sous l'influence de la morphine, elle était sujette à des moments de vague traversés par des idées bizarres, comme de prendre une enfant inconnue dans la rue, ou d'annoncer faussement à son mari qu'elle était accouchée de deux enfants jumeaux, ou de faire des déclarations fausses pour s'approprier ces jumeaux, comme aussi d'acheter des livres de médecine dont elle n'avait pas besoin: tous faits qu'elle rapprochait habilement les uns des autres pour établir qu'elle n'avait pas toujours conscience de ses actes. Elle a également persisté à affir-

mer ses prétendues absences de mémoire qui auraient alterné avec la précision de ses souvenirs dans la même heure, dans la même journée, les éclipses de la mémoire coïncidant invariablement avec les faits qu'elle devait cacher; mais on n'a constaté aucun trouble actuel de ses facultés, et le médecin était bien autorisé à déclarer qu'il ne l'avait pas trouvée aliénée pendant son séjour à l'asile.

Amenée à Paris pour y être l'objet de mon examen direct, je l'ai minutieusement étudiée, et dans les longues et nombreuses conversations que j'ai eues avec la femme Fiquet, dans les lettres qu'elle m'a écrites, comme dans toutes les informations puisées à d'autres sources, je n'ai pas, à mon tour, trouvé chez l'accusée de symptômes d'aliénation mentale.

A notre première entrevue, la femme Fiquet débute par me dire qu'elle était atteinte d'une maladie de la moelle épinière et d'une tumeur fibreuse de l'utérus, que depuis deux ans elle prenait beaucoup de morphine et était arrivée à la dose de un gramme par jour. Elle ajoute qu'elle est très impressionnable, très nerveuse. Je lui demande de quoi elle est accusée. La femme Fiquet, sans donner aucun signe d'émotion, sans aucun changement de physionomie, du ton le plus calme, et dans les termes les plus clairs me fait le récit suivant :

« Je suis accusée d'un enlèvement d'enfant, de pire que » ça, d'assassinat; pas de viol, on ne l'a pas touchée. J'ai » été arrêtée au mois de juin, je voulais être condam- » née.

» J'ai enlevé une petite fille de cinq ans. J'allais chez » une sage-femme; les enfants sortaient de l'asile, il y en » avait deux petites en tête; j'ai pris celle qui était à côté » de moi; je l'ai emmenée chez nous; elle a dîné avec » ma fille qui a treize ans. J'étais très malade ce jour-là, » faute de ma seringue à injections, j'avais bu de la mor- » phine le matin, comme aussi la veille, je ne savais pas

» ce que je faisais, j'avais acheté des livres sans les payer ; » la justice les a trouvés chez nous, sans savoir d'où ils » viennent.

» Après le dîner, je me suis couchée ; la petite s'amu- » sait avec le chien, avec des chiffons, avec la poupée de » ma fille. Dans l'après-midi, comme j'étais sur mon lit, » l'enfant s'est approchée et a pris sur la table de nuit » le bol dans lequel il y avait encore de la potion à la » morphine ; comme c'est très amer, je l'avais beaucoup » sucrée ; elle a bu ce qui restait dans le bol, il y avait » encore beaucoup de morphine au fond du bol ; elle s'est » assise sur une chaise et s'endormait ; alors, je me suis » levée et l'ai mise sur mon lit. Je ne m'étais pas aperçue » quand elle avait pris le bol ; j'y ai pensé quand je l'ai » vue s'endormir, j'ai regardé dans le bol qui était vide, » je ne l'avais pas vue le prendre. Elle était devenue très » rouge, je lui ai mis des compresses d'eau fraîche sur » le front ; elle n'avait déjà plus de connaissance ; elle a » eu quelques renvois, mais elle n'a pas rendu ; elle écu- » mait. Alors mon mari est arrivé, je pleurais, je criais, il » m'a dit : Qu'est-ce que c'est que cette petite ? Alors je » lui ai dit : C'est une petite que j'ai amenée. Il m'a dit » alors : Mais, elle se meurt, cette petite ! Il m'a parlé » d'aller à la police ; j'étais dans un état ! je n'ai pas voulu ; » la petite est morte au bout de trois quarts d'heure ; alors » il m'a dit : Ce soir je la porterai au milieu de la rue, on » la trouvera et on la ramassera. Nous l'avons portée » dans l'autre chambre sur le lit de mon mari ; j'étais » tellement malade que, pour m'empêcher d'avoir des » crises, j'ai pris du chloroforme qui m'a accablée, je ne » pouvais plus bouger. Le soir est arrivé, mon mari l'a » emportée, il l'a mise sur le bord du canal de Bourgogne, » la tête dans l'eau, comme si elle y était tombée acciden- » tellement. Je suis restée debout toute la nuit, je lisais » mes livres, je ne pensais pas à ce qui m'était arrivé ;

» mon mari s'était couché, il est parti le lendemain matin » chez son frère.

» Comme je ne m'étais pas cachée de ce que j'avais » fait, comme j'avais parlé avec une jeune fille au moment » où j'ai emmené l'enfant, c'est la jeune fille qui a dû » dire que c'était moi qui l'avais enlevée; alors, le soir, » le vendredi, on est venu m'arrêter; je n'étais pas sor- » tie, je ne pensais pas à ce qui s'était passé la veille, je » l'avais complètement oublié. Le soir, un gardien de la » paix en bourgeois est venu m'appeler, me disant que » l'on voulait quelque chose de moi au bureau de police; » je suis descendue sans méfiance, je l'ai suivi, et on m'a » arrêtée. J'ai été conduite tout de suite chez le juge » d'instruction, je ne me rappelais rien, j'ai tout nié. Seu- » lement, le lendemain, le samedi, je me suis bien rappelé » que j'avais emmené l'enfant; ce n'est que plus tard » que je me suis rappelé comment l'enfant était morte. »

J'ai reproduit ce long récit de la femme Fiquet pour montrer la précision de ses souvenirs dans tout ce qu'il lui convient d'avouer, et pour établir qu'il est impossible d'ajouter foi à son assertion lorsqu'elle prétend que la mémoire de tous ces faits, momentanément disparue, ne lui est revenue que plus tard; si, en effet, les différents événements de la journée du 29 juin n'avaient eu en elle qu'un auteur ou un témoin inconscient, ces événements n'auraient laissé aucune trace dans son esprit, et elle n'aurait pu se les rappeler, ni le jour même, ni le lendemain, ni plus tard.

J'ai aussi reproduit le récit de la femme Fiquet parce qu'elle me l'a présenté comme l'exacte vérité, en ajoutant que j'étais la première personne à qui elle ait dit comment les choses s'étaient passées, et cependant, dans un interrogatoire du 26 octobre, elle avait raconté, presque de la même manière, comment la petite Barbey avait bu la solution de morphine restée dans le bol, sans que ce fût elle

qui la lui eût donnée volontairement. Depuis, elle a fait un récit semblable à deux employées de Saint-Lazare.

Dans une autre de mes visites, la femme Fiquet m'a fait de nouveau le même récit, dans des termes identiques pour ce qui concerne les événements de la journée, avec des variantes pour ce qui s'est passé dans la soirée. Dans ce second récit elle a ajouté :

« Après que la petite a été morte, nous sommes sortis, » nous sommes allés au cimetière ; c'est vers dix heures » du soir que nous sommes partis emportant la petite » dans un châle ; je n'ai pu aller que jusqu'à la place » Saint-Jean ; il a continué seul jusqu'au canal, moi, je » suis rentrée. Il n'y a pas de différence que j'y aie été ou » que je n'y aie pas été, mais je n'y ai pas été. Le lende- » main, il m'a raconté comme il avait fait pour faire croire » à un accident. Je ne me suis rappelé tous ces faits » qu'un jour à l'asile des aliénés, je ne l'ai jamais encore » dit, je ne voulais pas me défendre, il y a une fatalité sur » moi ; je voulais être condamnée à mort. Mon avocat a » plaidé que j'étais folle ; je ne suis pas folle, je suis ma- » lade ; il m'a prise pour une folle parce qu'il est très » croyant, très catholique et que moi je suis spirite. » Pourquoi vouloir être condamnée à mort? Mais est-ce » une vie de toujours souffrir et d'avoir l'idée fixe d'en- » lever des enfants, de les emmener à la maison? Je n'ai » jamais voulu faire de mal à des enfants. Un jour à la » Maternité, une fille est accouchée de deux jumeaux, elle » voulait les abandonner ; j'ai voulu m'en emparer, j'avais » préparé les papiers pour les mettre à mon nom ; ils sont » morts avant que les papiers soient revenus de la pré- » fecture. »

Un jour, en arrivant à Saint-Lazare, je la trouve couchée ; elle me dit qu'on lui a donné *quelque chose de mauvais, que sans cela elle n'aurait pas la bouche empoisonnée comme elle l'a ; c'est sans doute dans le lait qu'elle*

boit. Elle me dit d'abord qu'elle ne me connaît pas, qu'elle ne sait pas où elle m'a vu. Elle se plaint de souffrir de la tête, que *ça marche dans sa tête*; elle m'affirme qu'elle a été amenée directement de la gare dans la prison où elle est. Elle se lamente sur sa malheureuse destinée; elle voudrait se tuer, mais c'est défendu, et puis, à quoi bon? *Je reviendrais encore pire dans une autre incarnation, si je me tuais.*

A ma visite suivante, j'apprends que la femme Fiquet a refusé de manger et a prétendu qu'elle n'avait pas uriné pendant quarante-huit heures; or, on a eu la preuve qu'elle avait mangé en cachette, et qu'elle avait uriné; on l'avait vue revenir du cabinet d'aisances avec son vase à la main, et on avait aussi constaté qu'elle avait jeté de l'urine par la fenêtre. Comme elle persistait à soutenir qu'elle n'urinait pas, on l'a sondée malgré elle, et on n'a trouvé dans sa vessie qu'une quantité insignifiante d'urine. Le soir, elle se dit effrayée par des *gens qui s'avancent vers son lit,* elle pousse des cris, elle se tord les bras; elle n'a pas perdu un seul instant connaissance. On la laisse crier, sans paraître s'en préoccuper, et elle se tait.

Elle a eu quelques légères vomituritions, mais le plus généralement elle digère bien ce qu'elle mange. Elle a collé une croix en papier sur le mur près de son lit pour éloigner le diable, parce qu'on lui dit *qu'il n'y a que le diable qui puisse la tourmenter ainsi. On lui jette des sorts, comme à Dijon.* Elle est trop faible pour pouvoir quitter son lit; appelée au palais de justice, elle a descendu l'escalier et n'a pu aller plus loin; le surlendemain elle est venue au Palais, y a subi un long interrogatoire sans paraître souffrante ni fatiguée.

Elle me conjure de ne pas me donner tant de peine pour elle, de ne pas venir si souvent. *Plus on me soignera, plus je serai malade; ce n'est pas une maladie que les médecins puissent guérir, c'est une épreuve; le médium de*

Besançon m'aurait guérie. J'ai été déjà arrêtée pour incendie dans une existence antérieure, et je suis déjà morte en prison. Je ne veux pas qu'on me tourmente ainsi. Je ne répondrai plus, ils sont tous fous, ces gens-là ! J'ai accepté l'acte d'accusation, je n'ai rien à ajouter ; il faut en finir ; je voudrais être condamnée, puisqu'il y a des moments où je fais des choses sans le savoir, où il faut que je fasse ce qui me vient dans l'idée, ce qui m'est inspiré. Vous voyez bien que je me suis fait accuser d'assassinat, quand c'est mon mari qui est coupable et qui m'a mise dans la débine.

Enfin, à ma dernière visite, je la trouve d'abord très abattue; cependant elle est descendue de sa cellule et je la vois dans le cabinet du directeur. Elle a la figure et les bras couverts d'une rougeur érythémateuse; j'apprends que cette éruption se reproduit souvent, chaque jour une ou deux fois, et disparaît assez promptement sans laisser de traces; elle a aussi les yeux légèrement injectés. Elle commence par rester silencieuse, puis elle se remet et me parle au contraire avec animation.

Je ne comprends plus rien à tous ces commerces-là, je ne sais pas ce que l'on attend. On m'a envoyée ici pour me rendre folle. Il y en a à qui il n'en faudrait pas tant; dans quel but? je ne sais. C'est une machination, une trame qui est ourdie contre moi. On s'amuse de mes souffrances; on me dit que j'ai sur le dos des marques qui ressemblent à celles des forçats, ce sont les cicatrices des moxas qu'on m'a posés. Je sais bien que je ne suis pas folle ; on ne peut pas faire la folle, on ne peut pas tromper les médecins. Je ne voudrais pas retourner à Dijon, je voudrais être jugée à Paris, là-bas, ils sont sous l'influence de mon obsesseur.

Puis, elle retire des papiers de sa poche, elle les classe et en met quelques-uns à part ; ceux-là, me dit-elle en riant, *c'est du spiritisme, je ne les confie à personne. Tenez,*

voici ce que je vous ai écrit, et, s'excitant de nouveau : *Si on me reconduit à Dijon, je ne resterai pas tranquille aux assises; je sortirai de la tribune par un bout ou par l'autre.*

Elle remonte dans sa cellule avec l'aide d'une infirmière.

Telle s'est montrée à moi la femme Fiquet. En tant que renseignements, elle n'a fait presque que me répéter ce qu'elle avait déjà dit dans ses interrogatoires; et, en réalité, elle n'y a rien ajouté de nouveau. Dans ses conversations, dans sa correspondance, il n'est toujours question que de ses souffrances physiques et morales, de la fatalité de son sort, de l'influence des esprits sur ses actes, et de ses moments d'inconscience; elle a seulement insisté davantage sur ses pratiques de spiritisme.

Dans sa conduite, la simulation a joué évidemment un grand rôle, simulation de visions, simulation d'abstinence d'aliments et d'absence d'urine, simulation de faiblesse, simulation de manques de mémoire, simulation de frayeurs. Les frayeurs sont peut-être, en somme, ce qui est le moins simulé de sa part, car la femme Fiquet doit être réellement très tourmentée de sa situation, dont elle a certainement conscience, mais elles sont cependant exagérées dans leur manifestation, car elles n'existent le plus souvent qu'en présence de témoins, et lorsque la femme Fiquet est seule elle est très calme. Elles apparaissent le plus souvent le soir, dans le laps de temps intermédiaire entre la veille et le sommeil, et se reproduisent parfois dans le courant de la nuit, pendant les interruptions de sommeil, comme la continuation des rêves.

Ce qu'il y a de vrai, c'est que la femme Fiquet a peu d'appétit, qu'elle dort peu, qu'elle a des montées de sang à la face et dans les membres supérieurs, et que sa santé générale n'est pas sans ressentir le contre-coup de ses émotions morales et de l'existence qu'elle mène; mais

quant à un trouble réel de la raison, je n'en ai pas constaté.

Pour ce qui est du spiritisme dont elle se dit une adepte fervente, je ne le discuterai pas comme doctrine; je me bornerai à déclarer que dans les actes dont la femme Fiquet est accusée, il m'est impossible d'admettre que sa volonté propre ait été anéantie par ce qu'elle appelle « la volonté de son obsesseur. »

J'ai terminé cette longue étude, il ne me reste plus qu'à conclure.

CONCLUSIONS

1° Rémond (Marie-Françoise), femme Fiquet, n'a pas présenté antérieurement au 29 juin 1882 de symptômes d'aliénation mentale. En effet, si de tous les médecins qu'elle a consultés et qui l'ont traitée, un a signalé quelque chose d'anormal dans son caractère, un autre un peu d'étrangeté dans ses manières, un troisième de l'exagération dans ses idées, aucun ne l'a déclarée aliénée.

Seul, un interne des hôpitaux de Dijon a dit qu'elle ne jouissait pas complètement de ses facultés et qu'elle était hystérique, mais sans apporter de preuves scientifiques à l'appui de son opinion, ainsi que je l'ai montré plus haut;

2° Rémond (Marie-Françoise), femme Fiquet, n'était pas non plus atteinte d'hypochondrie.

Si elle s'est fait admettre à de nombreuses reprises dans les hôpitaux et si elle a consulté beaucoup de médecins, tous se sont aperçus plus ou moins promptement qu'elle n'éprouvait pas les souffrances dont elle se plaignait, et n'ont pas voulu continuer à la soigner.

3° Rémond (Marie-Françoise), femme Fiquet, a agi de manière à donner d'elle l'opinion qu'elle avait la passion des substances opiacées, et qu'elle en faisait un usage continuel et considérable depuis environ deux ans.

Les cicatrices de piqûres dont ses deux bras sont couverts sur leur face antérieure peuvent prouver, en effet, qu'elle se faisait souvent des injections sous-cutanées, mais il n'y a pas là une preuve des quantités de morphine employée ; ni même que ce soit de la morphine qui ait été injectée. On ne trouve pas, d'ailleurs, dans les documents de la cause, la démonstration que la femme Fiquet ait éprouvé les accidents résultant (habituellement) de l'intoxication par la morphine; si on peut croire qu'elle a usé de cette substance pour calmer des douleurs de tête, comme elle le prétend, et pour se procurer « un état de bien-être, » on n'a jamais observé chez elle les désordres que produit une véritable intoxication; les troubles qu'elle-même allègue, tels que assoupissement, vague de l'esprit, idées bizarres, absences de mémoire, à supposer qu'ils aient existé, n'ont jamais constitué une altération tant soit peu continue et notable de l'intelligence.

4° Rémond (Marie-Françoise), femme Fiquet, était-elle le 29 juin 1882 dans un état d'obnubilation intellectuelle qui lui ôtât la conscience de ce qu'elle faisait, ou a-t-elle cédé à un mouvement impulsif morbide et irrésistible ?

Les circonstances dans lesquelles a eu lieu l'enlèvement de la jeune Barbey, telles qu'elles découlent des témoignages les plus certains et des aveux mêmes de l'accusée, prouvent d'une façon indiscutable que la femme Fiquet n'avait à ce moment aucun trouble de la raison, et les récits divers qu'elle a faits de l'emploi de son temps dans la journée et la soirée du 29 juin prouvent également qu'elle n'a pas cessé d'être en possession de ses facultés. En effet, l'hébétude invoquée par l'accusée pour établir qu'en emmenant la jeune Barbey elle avait agi en quelque sorte automatiquement et sans se rendre compte de son action, est absolument inadmissible comme ayant pu coïncider, dans un court laps de temps, avec des manifestations de parfaite lucidité. L'impulsion irrésistible ne peut pas non plus être

admise, eu égard aux circonstances qui ont précédé, et on peut dire, accompagné l'acte.

De plus, en supposant soit un état passager d'inconscience, soit une impulsion morbide irrésistible, le résultat de l'un ou de l'autre de ces troubles pathologiques n'aurait pas pu durer au delà d'un temps très court, et la lucidité aurait dû, tout au moins, réapparaître lorsque la femme Fiquet, rentrée chez elle, a été, *de son aveu, obligée d'expliquer à sa fille la présence de l'enfant dans son logement*; c'était certainement bien là un fait de nature à lui rendre la possession de ses facultés, et à provoquer de sa part une appréciation saine de l'acte qu'elle venait de commettre.

Quant à ces lacunes dans ses souvenirs au cours de la journée et de la soirée, lacunes coexistant avec la précision la plus entière de la mémoire sur des faits contemporains de ceux dont l'oubli était invoqué, elles constitueraient une forme d'amnésie partielle, momentanée, élective, ne s'appliquant qu'aux faits incriminés, tout en laissant intacte la mémoire des faits utiles à la défense ou, tout au moins, indifférents, et il est absolument impossible d'en admettre la réalité ;

5° Pendant son séjour à l'asile des Chartreux, la femme Fiquet, soumise à une observation incessante, n'a pas donné de signes d'un trouble réel de l'intelligence; elle n'a présenté ni perversions sensorielles, ni conceptions délirantes. Elle a seulement persisté dans son prétendu oubli des faits les plus graves qui sont à sa charge, sans offrir aucun symptôme actuel de folie; aussi le médecin qui l'a observée affirme-t-il qu'aux Chartreux il n'a pas constaté chez elle de désordre de la raison; quant aux accidents nerveux qu'elle a manifestés, on a reconnu qu'ils étaient simulés;

6° Au cours de l'examen direct que j'ai fait de la femme Fiquet, dans les nombreuses et longues conversations que j'ai eues avec elle, dans les lettres qu'elle m'a écrites, dans ses confidences aux gardiennes de Saint-Lazare, dans son

interrogatoire par M. le juge d'instruction à Paris, je n'ai pas découvert des symptômes d'un trouble réel des facultés intellectuelles.

7° En résumé, je déclare que la nommée Rémond (Marie-Françoise), femme Fiquet, n'a pas présenté de signes d'aliénation mentale antérieurement au 29 juin 1882, que le 29 juin 1882 elle n'a pas éprouvé de trouble mental qui l'ait privée de la conscience et par conséquent de la responsabilité de ses actes, que, depuis le 29 juin 1882, elle n'a non plus donné aucun signe réel et sincère d'un désordre de la raison.

8° La femme Fiquet est d'un tempérament éminemment nerveux ; sa surexcitation naturelle a pu être encore augmentée par l'usage qu'elle a fait de préparations opiacées, comme aussi par les pratiques de spiritisme auxquelles elle s'est livrée ; elle s'est ainsi maintenue dans un état d'activité cérébrale exagérée, comme d'ailleurs on l'observe chez la plupart des simulateurs.

Aussi, tout en la déclarant responsable, je serais d'avis qu'eu égard à ces dernières considérations, on lui accordât une atténuation de responsabilité.

En foi de quoi, j'ai rédigé le présent rapport pour valoir ce que de droit,

A Paris, le 4 février 1883.

Signé : E. Blanche.

Le procès de la femme Fiquet a rempli les audiences de la cour d'assises de Dijon des 5, 6 et 7 mars 1883.

Onze docteurs en médecine ont comparu comme témoins dans le but de faire connaître leurs appréciations sur l'état physique et moral de l'accusée qu'ils avaient eu, pour la plupart, l'occasion de soigner dans les hôpitaux de différentes villes de l'est de la France.

M. le Dr Marandon de Montyel et M. le Dr Blanche ont soutenu les conclusions de leurs rapports.

Le jury a rendu un verdict de culpabilité, avec circonstances atténuantes, et la cour a condamné la femme Fiquet à vingt ans de travaux forcés. Le pourvoi formé par la femme Fiquet a été rejeté par la Cour de cassation et l'arrêt est ainsi devenu définitif.

A l'occasion du procès de la femme Fiquet, M. le Dr Marandon de Montyel, qui a eu à y jouer un rôle fort important, nous a adressé un mémoire considérable sur « la morphiomanie dans ses rapports avec la médecine légale », dans lequel il a raconté, en grands détails, tous les faits de la cause, en y intercalant des renseignements bibliographiques et des considérations théoriques sur la morphiomanie.

Nous ne pouvons publier ce mémoire *in extenso*, car il ferait double emploi, à de nombreux égards, avec le rapport qui précède (1); mais nous nous faisons un plaisir de reproduire ici les conclusions de sa partie théorique, en laissant, bien entendu, à son auteur toute la responsabilité de ses opinions. Voici ces conclusions :

1° La morphiomanie, considérée en elle-même, n'est pas une psychose, et ne préjuge en rien l'état mental d'un accusé.

2° L'effet plus ou moins rapide de la morphine sur l'intellect dépend de l'individualité du sujet et non des doses plus ou moins massives injectées ; la connaissance exacte de celles-ci n'a donc pas une grande valeur médico-légale;

3° Il est indispensable de distinguer si un accusé morphiomane était, au moment où l'acte incriminé a été commis, *en puissance* du poison ou *en abstinence* ;

4° Chez le morphiomane *en puissance*, il est non moins indispensable de distinguer la première période dite d'*euphorie*, de la période suivante, dite période de *marasme physico-psychique* ;

(1) Ce mémoire, qui nous a été obligeamment communiqué par son auteur, sera publié prochainement.

5° Chez le morphiomane *en puissance*, la responsabilité est complète durant la période d'*euphorie*, sauf le cas où les actes délictueux ou criminels auraient pour but l'assouvissement de la passion morphinique.

6° Chez le morphiomane *en puissance*, la responsabilité est nulle durant la période de *marasme physico-psychique*, mais les actes commis sous l'influence de cet état et susceptibles d'entraîner l'irresponsabilité ne sauraient jamais être que des actes de démence et de fureur.

7° De même, chez le morphiomane *en abstinence*, la responsabilité est nulle, mais, ici encore, les actes commis sous l'influence de cet état, et susceptibles d'entraîner l'irresponsabilité, ne sauraient jamais être que des actes de démence ou de fureur.

Législation.

NOUVEAU

PROJET DE LOI HOLLANDAISE SUR LES ALIÉNÉS

Par le Dr COWAN
Médecin à l'asile de Meerenberg, près Harlem.

La réforme des asiles d'aliénés de Hollande, due a l'initiative et aux efforts de Schrœder Van der Kolk, a eu pour résultat et pour complément, une loi spéciale aux aliénés qui date de 1841.

Cette loi a, dans son ensemble, rendu de bons services ; cependant, et il n'aurait guère pu en être autrement, après un fonctionnement de quarante années on n'a pas été sans y constater quelques lacunes, sans désirer y introduire certaines améliorations.

En conséquence, le gouvernement hollandais a présenté aux Chambres, en 1880, un nouveau projet de loi sur les aliénés, préparé par les soins de fonctionnaires élevés de l'ordre médical et de l'ordre judiciaire, MM. les Drs en médecine Ramaër et Van Cappelle, MM. les Drs en droit Beelaerts van Blockland et de Pinto. Ce projet n'a pas encore été l'objet d'une discussion publique dans le parlement, il n'a été examiné qu'en commission. De son côté, l'Association des médecins aliénistes de Hollande en a fait l'objet d'une étude approfondie et, tout en approuvant un certain

nombre de ses dispositions, elle a trouvé que quelques-unes des innovations projetées loin d'être conformes aux intérêts des malades et du service, leur seraient contraires.

Elle en a fait l'objet d'une protestation adressée, sous forme de pétition, à la deuxième Chambre, au mois d'octobre 1881 ; elle s'y plaint, surtout, de la suprématie trop marquée donnée aux considérations et aux formes judiciaires ; du rejet au second plan de l'intérêt personnel du malade au point de vue de sa santé, de son traitement, de ses chances de guérison ; de la subordination des médecins d'asiles aux magistrats.

J'ai fait connaître récemment dans un article du *Journal of mental science* (nº de juillet 1883), l'esprit général du nouveau projet de loi hollandaise. Sur le désir qui m'en a été exprimé par la rédaction des *Annales médico-psychologiques*, je donne ci-dessous la traduction même du texte de ce projet, en accompagnant chacun des articles pour lesquels cela me paraît utile, d'observations rédigées dans un esprit analogue à celui qui a inspiré l'Association des médecins aliénistes de Hollande ; je rappelle les dispositions de la loi actuellement en vigueur toutes les fois qu'il y a lieu de le faire pour mieux faire apprécier les modifications proposées dans la nouvelle (1).

NOUVEAU PROJET DE LOI SUR LES ALIÉNÉS

TITRE Ier. — DE LA SURVEILLANCE A EXERCER SUR LES ALIÉNÉS ET SUR LES ASILES D'ALIÉNÉS.

ARTICLE PREMIER. — La surveillance à exercer sur les aliénés et sur les asiles d'aliénés sera confiée à un inspecteur, ou à plusieurs inspecteurs nommés par Nous.

(1) Les observations et commentaires de l'auteur sont imprimés en petit texte.

Les inspecteurs ne donneront que des consultations ; la pratique médicale ordinaire leur sera interdite.

La loi relative aux aliénés, actuellement en vigueur dans les Pays-Bas, date du 29 mai 1841 ; elle est complétée par un décret royal du 5 octobre 1841. L'art. 5 de ce décret, prescrivant l'inspection des asiles, est ainsi conçu : « Art. 5. Dans le cours de » chaque année, notre ministre de l'intérieur désignera ceux » des asiles d'aliénés qui devront être inspectés par un méde- » cin nommé à cet effet par le même ministre. Chaque asile » devra être inspecté au moins une fois tous les trois ans. »

Dans la pratique, les inspecteurs visitent tous les asiles une fois chaque année ; il y a, en ce moment, deux inspecteurs, le Dr Ramaër qui a été, pendant plusieurs années, directeur-médecin d'un asile d'aliénés, et le Dr Van Cappelle qui remplit les fonctions de chef de bureau pour les affaires médicales au ministère de l'intérieur.

Les médecins aliénistes hollandais pensent que le nombre des inspecteurs devrait être porté à trois ou à cinq. Il ne pourrait être question d'un seul ; quant au nombre de deux, il est insuffisant, car ils peuvent ne pas avoir toujours la même opinion, et on ne sait laquelle des deux doit prévaloir. S'ils étaient trois ou cinq, ils pourraient visiter tous les asiles, chaque trimestre, avec le procureur du roi.

On trouve aussi qu'il devrait leur être interdit même de donner des consultations. Cela leur laisserait plus de temps pour l'inspection des asiles et ferait qu'ils n'auraient pas à donner d'avis sur l'asile où l'aliéné pour lequel on les consulte doit être placé.

Art. 2. — La surveillance de l'État s'étendra sur tous les aliénés à l'exception de ceux qui sont internés dans leur propre famille. Cette exception s'appliquera aux parents en ligne directe quel que soit leur degré de parenté, aux parents en ligne collatérale jusqu'au troisième degré, à l'époux et à l'épouse, au tuteur et au curateur.

Cet article réalise une grande amélioration, car la loi actuelle ne tient aucun compte des aliénés traités hors des asiles. Ces établissements, dirigés par des citoyens respectables et auxquels sont attachés des médecins d'une honorabilité reconnue, sont

l'objet d'un contrôle fréquent et d'une surveillance rigoureuse. Ne doit-il pas en être de même, à plus forte raison, des malades qui, privés des garanties que donne un asile, sont abandonnés à la discrétion de personnes pour lesquelles le traitement, ou plutôt le non-traitement d'un aliéné constitue une spéculation lucrative?

L'Association des médecins aliénistes hollandais a demandé, avec raison d'après moi, qu'il n'y eût pas d'exception et que la surveillance de l'État fût étendue à tous les aliénés. Ne voit-on pas trop souvent, dans les journaux, des faits qui montrent à quel point les liens les plus sacrés de la famille peuvent être relâchés dans les cas d'aliénation mentale?

ART. 3. — Quiconque soigne un aliéné sur lequel doit s'étendre la surveillance de l'État doit en donner avis au maire (en Hollande *bourgmestre*) de la commune dans un délai de vingt-quatre heures à partir du moment où commence la résidence de l'aliéné.

Dans un délai égal, le maire en donnera avis au procureur du roi (en Hollande *officier de justice*) et aux inspecteurs des asiles d'aliénés.

ART. 4. — Les inspecteurs seront autorisés à entrer librement: 1° dans les habitations où séjournent des aliénés traités dans les conditions prévues par l'art. 3, et pour lesquels la déclaration prescrite par cet article a été faite et portée à leur connaissance; 2° dans celles dont l'habitant, faute d'avoir fait cette déclaration, a subi une condamnation en vertu de l'art. 38 ci-après.

Si l'habitant refuse de les laisser entrer, ils ne pourront pénétrer chez lui que s'ils sont munis d'un ordre écrit du maire et accompagnés soit du juge de paix (*juge de canton* en hollandais), soit du chef ou d'un des membres de l'administration municipale, soit d'un commissaire de police. Celui de ces fonctionnaires qui aura accompagné l'inspecteur dressera procès-verbal de la visite ainsi faite, et des circonstances qui l'ont rendue nécessaire. Une copie de ce

procès-verbal sera transmise à la personne dont l'habitation aura été visitée.

Les procureurs du roi et les inspecteurs d'asiles auront, en tout temps, libre accès dans les asiles d'aliénés.

Les personnes qui soignent un aliéné sur lequel s'étend la surveillance de l'État, celles qui dirigent un asile et les médecins qui y sont attachés seront tenus de fournir aux procureurs et aux inspecteurs tous les renseignements qui leur seront demandés.

La loi actuellement en vigueur contient la disposition suivante : « Art. 9. Les procureurs du roi visiteront les différents » asiles d'aliénés situés dans leur juridiction, à des époques » indéterminées, et au moins une fois par trimestre, afin de » s'assurer que personne n'y est retenu illégalement et que les » aliénés sont bien soignés. Ils seront accompagnés par le pré- » sident du Comité médical provincial. » (Depuis 1865 par l'inspecteur médical de la province.)

L'Association des médecins aliénistes de Hollande a protesté contre la libre admission, en tout temps, des procureurs du roi dans les asiles. Voici ses motifs :

1° Cette mesure est une violation de la retraite dans laquelle on a l'intention de faire vivre les malades ;

2° Certains aliénés ne cesseront d'importuner le procureur, devenu un visiteur journalier, pour obtenir leur sortie, ce qui entretiendra une agitation continuelle parmi les malades ;

3° Le procureur sera exposé à interpréter d'une manière erronnée bien des paroles et bien des actes des malades ;

4° Il y a quelque chose d'injurieux pour les médecins à mettre constamment leurs actes sous le contrôle et la surveillance d'appréciateurs incompétents et étrangers à la science ;

5° Bien des malades souffriront de l'idée qu'ils sont incessamment placés sous les yeux de la justice comme s'ils étaient autant de criminels.

ART. 5. — L'inspecteur qui trouve qu'un aliéné, placé hors d'un asile, est insuffisamment soigné, et que les remontrances adressées à la personne qui est chargée de ce malade restent sans effet, en donne avis sans délai au procureur du roi.

On verra plus loin, à l'art. 12, quelles mesures le procureur aura à prendre en pareil cas. Cet article, entièrement nouveau, a reçu l'approbation de la généralité des médecins aliénistes.

ART. 6. — Indépendamment du droit de pénétrer en tout temps dans les asiles, les procureurs du roi devront visiter chacun des établissements, situés dans leur circonscription, à des époques indéterminées, et au moins une fois par trimestre ; ils seront accompagnés dans cette visite par l'inspecteur médical de la province, ou par son adjoint, ou par un médecin désigné par ledit inspecteur, et n'étant attaché à aucun asile. Ils devront s'assurer que personne n'est retenu ou admis illégalement dans l'asile, et que les malades y sont bien soignés.

La direction des asiles donnera avis au procureur du roi, dans un délai de vingt-quatre heures, de chaque admission, de chaque sortie par transfèrement, par congé, ou définitive, de chaque décès d'aliéné, en faisant connaître les raisons du transfèrement, du congé ou de la sortie, et en indiquant, pour chacune de ces mesure . nom de la personne qui en aura fait la demande.

Au lieu d'être accompagnés par un médecin qui peut ne pas avoir de connaissances spéciales en aliénation mentale, il serait préférable que les procureurs fussent accompagnés par un des inspecteurs des asiles.

Il faudrait que la signification du mot *congé* fût nettement déterminée. Doit-elle s'étendre aux sorties d'un jour ou d'une demi-journée ?

TITRE II. — DE LA CRÉATION ET DE LA SUPPRESSION DES ASILES D'ALIÉNÉS.

ART. 7. — Aucun asile d'aliénés ne pourra être créé sans Notre autorisation.

Sera considérée comme un asile d'aliénés toute habitation dans laquelle seront reçus plus de deux aliénés n'étant pas,

par rapport à l'habitant, dans les conditions de parenté indiquées à l'art. 2.

On ne recevra pas, dans les asiles, d'autres malades que des aliénés.

ART. 8. — Pour être autorisé, un asile d'aliénés devra remplir les conditions suivantes :

1° Habitation spacieuse, située dans un emplacement salubre, possédant des dépendances suffisantes pour permettre aux malades de s'exercer en plein air ;

2° Locaux distincts pour la séparation des sexes, excepté pour les enfants au-dessous de dix ans ;

3° Locaux distincts pour la séparation et la classification des malades, selon leur nature et leur nombre ;

4° Garantie d'un personnel suffisant pour le service médical et pour l'administration ; le maximum des malades et le minimum des médecins seront fixés par Nous, après avoir entendu la direction, et avoir pris l'avis des États.

Lorsque le nombre des malades s'élève à plus de vingt, il doit y avoir un médecin résident dans l'établissement.

ART. 9. — Si un asile cesse de remplir toutes les conditions exigées par la présente loi, et s'il n'est pas remédié à cette insuffisance dans une limite de temps fixée par Notre ministre de l'intérieur, l'autorisation pourra être retirée par Nous et l'asile sera supprimé.

Lorsqu'un asile sera ainsi fermé, les aliénés qui y étaient placés seront transférés dans d'autres asiles aux frais de ceux au compte desquels ils sont traités. Ce transfèrement sera effectué dans une limite de temps déterminée par Nous.

S'il s'agit d'un pensionnaire, le transfèrement devra être effectué par les soins de la personne qui a formé la demande d'admission, ou par celle qui a présenté la dernière demande de prolongation de séjour à l'asile.

Si, dans le délai déterminé, l'asile n'a pas été évacué, les

aliénés restants seront transférés, sur Notre ordre, dans d'autres établissements.

Il est à craindre qu'on ne se heurte à de grandes difficultés pratiques quand il y aura lieu d'exécuter cet article. En supposant que, par la faute d'une direction réfractaire, il devienne nécessaire d'opérer le transfèrement des malades d'un asile dans un autre, n'est-il pas bien dur de faire payer les frais du transfèrement à la famille, alors que ni cette famille, ni les malades eux-mêmes ne sont pour rien dans les faits qui ont nécessité cette dépense?

ART. 10. — Il sera créé, aux frais de l'État, un ou plusieurs asiles destinés à recevoir les aliénés appartenant aux catégories suivantes :

1° Ceux dont le traitement incombe à l'État;

2° Ceux dont l'entrée est prescrite en exécution de l'art. 37, § 2 du Code pénal;

3° Ceux dont le transfèrement sera devenu nécessaire en exécution de la dernière partie de l'art. 9.

4° Ceux dont l'admission pourra y être demandée en vertu de l'art. 11 et des articles suivants.

La loi actuelle dit, art. 8: « Les États des provinces dans lesquelles il n'existe pas d'asile, ou dans lesquelles un asile n'est pas nécessaire, devront passer des traités avec les directions d'asiles situés dans d'autres provinces, pour la réception de leurs aliénés. »

On a généralement approuvé le projet de créer un asile de l'État. Les termes de la loi actuelle, « les provinces où un asile n'est pas nécessaire, » constituent un véritable anachronisme, car on doit considérer, de nos jours, qu'un asile est nécessaire dans toutes les provinces. L'État a donné, lui-même, aux provinces, un exemple très fâcheux en passant des traités avec divers asiles pour le traitement de ses propres aliénés.

Ce que l'on pourrait désirer de mieux, ce serait que l'État fût le propriétaire de tous les asiles et que tous les médecins et autres agents attachés à ces établissements fussent des fonctionnaires publics. En attendant, une loi qui mettrait chaque province dans l'obligation de pourvoir, par elle-même, au trai-

tement de ses propres aliénés serait accueillie avec empressement.

L'article du Code pénal auquel il est fait allusion plus haut est ainsi conçu : « Ne sera pas puni celui qui, soit par suite du » développement défectueux de ses facultés mentales, soit par » suite du trouble maladif de ces mêmes facultés, sera reconnu » irresponsable de l'acte commis. »

Toute personne reconnue irresponsable dans ces conditions, pourra, sur une ordonnance du juge, être placée dans un asile d'aliénés pour une durée qui ne dépassera pas un an.

TITRE III. — DE L'ADMISSION DES ALIÉNÉS, ET DE LEUR SÉJOUR DANS UN ASILE.

ART. 11. — Lorsqu'un aliéné est dans des conditions qui comportent son placement dans un asile, soit dans l'intérêt de l'ordre public, soit dans son propre intérêt, tout parent majeur, quel que soit son degré en ligne directe, jusqu'au troisième degré inclus ou ligne collatérale, l'époux ou l'épouse, le tuteur ou le curateur peuvent adresser au juge de paix du domicile habituel du malade, ou à son défaut, au juge de paix du domicile accidentel dudit malade, une demande tendant à ce que cet aliéné soit reçu provisoirement dans un asile.

L'art. 10 de la loi actuelle est conçu à peu près dans les mêmes termes que celui-ci, avec cette différence, toutefois, que la demande doit être adressée, non au juge de paix du canton, mais au président du tribunal d'arrondissement, et qu'elle doit être déposée par l'intermédiaire d'un avoué; cette dernière obligation, dont la ville d'Amsterdam se dispense dans la pratique, n'est pas mentionnée dans le nouveau projet.

ART. 12. — Le procureur du roi près le tribunal du domicile habituel, ou à son défaut celui du domicile accidentel de l'aliéné, peut adresser une demande de placement au président dudit tribunal lorsqu'aucun des parents men-

tionnés à l'art. 11 n'est à même de le faire, ainsi que dans le cas où l'aliéné est dépourvu de moyens d'existence.

Le procureur peut encore faire la même demande pour les aliénés qui lui auront été signalés aux termes de l'art. 5 ou de l'art. 13 ci-après.

Le procureur est dans l'obligation de faire cette demande si le placement du malade lui paraît nécessaire dans l'intérêt de l'ordre public ou pour prévenir des accidents.

Les articles 11 et 12 déterminent les conditions de placement dans les asiles d'aliénés. Le premier s'applique aux placements volontaires; pour ceux-ci, la demande doit être faite par un membre de la famille et adressée directement au juge de paix du canton. C'est là une disposition nouvelle substituée à l'obligation actuelle de s'adresser au président du tribunal. Le canton étant beaucoup plus petit que l'arrondissement, les distances à parcourir seront beaucoup moindres, et il y aura moins de temps perdu en démarches et en courses. Cependant l'Association des médecins aliénistes de Hollande a trouvé que la nécessité de s'adresser au juge de paix pouvait encore entraîner des lenteurs regrettables, et elle voudrait que la demande pût être adressée au maire de la commune qui serait compétent pour accorder l'autorisation de placement.

La demande de placement d'office doit être adressée au tribunal par le procureur du roi; elle est facultative quand la famille est absente, ou quand l'aliéné est indigent, ou quand il s'agit d'un aliéné traité à domicile (art. 3) et que l'inspecteur des asiles a signalé comme mal soigné, ou enfin quand il s'agit de ratifier une mesure d'urgence prise par le bourgmestre (art. 13); elle devient obligatoire pour le procureur, lorsqu'il s'agit d'un aliéné dangereux et qu'il paraît nécessaire de *prévenir des accidents*. Ce magistrat est alors tenu d'exercer une action préventive. L'Association des médecins aliénistes aurait voulu que l'intervention du procureur ne fût pas obligatoire seulement dans ce dernier cas, mais qu'elle le fût aussi dans ceux précédemment cités où elle n'est que facultative.

ART. 13. — Dans les cas d'urgence, les maires pourront autoriser le placement d'un aliéné, à charge d'en donner immédiatement connaissance au procureur du roi.

Ce placement aura lieu, de préférence, dans un asile; jamais aucun aliéné ne sera conduit dans une prison.

La durée de ce placement d'urgence ne dépassera pas huit jours ; si, dans ce délai, l'autorisation régulière du placement dans un asile n'a pas été accordée par le tribunal, le malade sera remis immédiatement en liberté.

L'art. 10 de la loi actuelle donne à peu près les mêmes attributions aux maires ; seulement il ne contient pas la dernière partie du nouvel article.

Il va de soi que cet article 13 n'aurait plus de raison d'être si, comme les médecins aliénistes l'ont proposé, le maire était compétent pour autoriser tous les placements.

Art. 14. — Toute personne majeure qui sait que son propre état mental rend désirable son placement dans un asile peut faire elle-même la demande d'admission prescrite par l'art. 11, et dans les cas d'urgence, celle prévue par l'art. 13.

La loi actuellement en vigueur contient (art. 11) une disposition analogue, mais qui ne s'applique qu'aux majeurs n'ayant pas été soumis à une procédure en interdiction.

Art. 15. — Les demandes formées conformément aux articles 11 et 12 devront désigner, d'une manière précise, l'asile dans lequel le malade doit être placé. A l'appui de la demande de placement, sera produit un certificat rédigé et signé par un médecin régulièrement autorisé à pratiquer la médecine en Hollande, et n'étant pas attaché à l'asile désigné pour le placement.

Le certificat médical devra déclarer que les actes ou paroles insolites de la personne qu'il concerne proviennent bien d'un état d'aliénation mentale; le médecin fera aussi connaître les circonstances dans lesquelles celle-ci se sera produite. On joindra à ces pièces tous les renseignements qui seront de nature à démontrer l'état d'aliénation.

Le certificat médical ne devra pas être rédigé ni signé

plus de trois jours avant le dépôt de la demande de placement.

L'art. 13 de loi actuelle, très analogue à celui qui précède, en diffère cependant en ce qu'il fixe à quatorze jours le délai qui peut s'écouler entre la signature du certificat médical et le dépôt de la demande de placement.

Etait-il réellement à propos d'abréger ainsi ce délai? Il peut y avoir des circonstances où l'aliénation mentale n'est que passagère; d'autres fois les familles doivent se concerter, ce qui exige un certain temps; le délai réduit à trois jours serait bien court et souvent bien incommode.

ART. 16. — S'il résulte des documents fournis à l'appui de la demande, certificat médical, circonstances productrices, renseignements, etc., que l'état d'aliénation mentale est suffisamment démontré, le juge de paix, ou dans le cas d'application de l'art. 12, le président du tribunal de l'arrondissement, accordera l'autorisation de placement.

Cette autorisation sera écrite sur la demande elle-même; elle sera exécutoire sur minute, sans que l'on soit obligé de la faire enregistrer.

Avant de prendre une décision, le juge de paix ou le président du tribunal pourront examiner personnellement le malade dont le placement est demandé, soit en présence du médecin qui aura signé le certificat, soit en son absence; ils pourront également interroger les parents, l'époux ou l'épouse, le tuteur et le curateur.

Si le juge de paix ou le président du tribunal ne trouvent pas qu'il y ait de motifs suffisants pour autoriser le placement, ils en feront la déclaration écrite sur la demande, et celle-ci, ainsi annotée, sera immédiatement transmise au tribunal qui décidera en dernier ressort.

Ni l'autorisation du juge de paix, ni celle du président du tribunal, ni les décisions du tribunal ne devront être communiquées à la personne que concerne la demande d'admission.

Après un délai de cinq jours, l'autorisation de placement cessera d'être exécutoire.

Dans la loi actuelle, il est interdit au président du tribunal d'interroger lui-même le malade (art. 19); entre l'autorisation du placement et l'entrée du malade dans l'établissement, il peut s'écouler un délai de quatorze jours (art. 13).

On s'est demandé s'il était à propos de raccourcir ce délai. Mais, surtout, à quoi peut servir l'examen personnel du malade par le magistrat? Tous ceux qui sont familiarisés avec les aliénés savent qu'il y en a un certain nombre qui réussissent à dissimuler leur maladie et qui inventent des explications fort plausibles pour justifier leurs actes délirants. Comment le juge de paix ou le procureur arriveront-ils à reconnaître la vérité? A quelle besogne pourra être assujetti un magistrat désireux de pousser à fond les investigations sur l'état mental d'un persécuté chronique.

Art. 17. — L'admission de l'aliéné dans l'asile aura lieu au vu de l'autorisation de placement; si l'admission a été ordonnée sur la minute de la décision, il sera pris copie à l'asile de cette minute, en attendant que la grosse soit produite.

Si le placement est fait en vertu de l'art. 37 du Code pénal, l'admission aura lieu sur la production d'un extrait du jugement.

Tous les documents relatifs au placement seront conservés et il en sera fait mention sur un registre conforme à un modèle arrêté par Nous.

Art. 18. — Quand le procureur du roi aura fait admettre un aliéné dans un asile, il en donnera immédiatement avis au maire du dernier domicile du malade. Le maire préviendra de suite les parents de l'aliéné, l'époux ou l'épouse, le tuteur ou le curateur.

Art. 19. — Le médecin chargé de soigner l'aliéné inscrira, sur un registre spécial, les symptômes et les particularités de la maladie : tous les jours pendant la première quinzaine; au moins une fois par semaine de la fin de la pre-

mière quinzaine à la fin du premier semestre, ensuite au moins une fois par mois.

On dit que cet article a été fait surtout pour obliger le médecin à visiter chaque malade tous les jours. Cela se fait dans tous les asiles hollandais et l'on a soin de tenir note de toutes les maladies accidentelles. Les nouvelles prescriptions ne donneront aucune garantie sérieuse; plus la loi s'efforcera d'être rigoureuse, plus on tâchera de s'y soustraire. Que pourrait-on dire sur le compte d'un dément tranquille à des intervalles aussi rapprochés?

ART. 20. — Une copie des notes inscrites sur le registre par le médecin, le jour de l'admission, sera envoyée au procureur du roi près le tribunal dans la juridiction du quel se trouve l'asile. Si le malade ne présente pas, dès le premier jour, de signes manifestes d'aliénation, on adressera au procureur la relation des faits qui se seront produits avant l'admission.

Les notes médicales relatives au deuxième et au troisième jour seront, aussi, adressées au procureur.

Il paraît difficile de comprendre quelle pourra être l'utilité de ces communications si fréquentes; les magistrats seront-ils à même de bien apprécier la valeur des symptômes dont on leur fera le récit? Que pourra-t-on leur faire connaître dans bien des cas de folie circulaire, de monomanie, ou dans ceux de simulation?

ART. 21. — Trois semaines après l'autorisation donnée aux termes de l'art. 16, il sera présenté au tribunal une copie des notes médicales inscrites jusque-là sur le registre, et une nouvelle pétition tendant à obtenir une prolongation de séjour à l'asile pour un an au plus.

La pétition sera accompagnée d'un certificat motivé du médecin de l'asile, déclarant que la prolongation du séjour du malade dans l'établissement est nécessaire ou utile.

La loi actuelle prescrit des mesures analogues mais seulement au bout de quatre semaines. Pourquoi avoir réduit ce délai

Trois semaines peuvent n'être pas toujours suffisantes pour juger certains cas difficiles.

ART. 22. — Le tribunal, après avoir examiné les documents qui lui sont soumis et après avoir pris l'avis du procureur du roi, statuera sur la pétition.

Si le tribunal trouve que les preuves ne sont pas suffisantes, il pourra, après avoir pris l'avis du médecin de l'asile, ordonner un supplément d'information, par témoins ou par d'autres moyens.

Le tribunal pourra faire interroger le malade, à l'intérieur de l'asile, soit en présence d'un des médecins attachés à l'établissement, soit sans qu'il y ait de médecin présent. L'interrogatoire pourra être confié à un juge désigné par le tribunal, ou au juge de paix du canton où se trouve l'asile.

Le magistrat chargé de l'interrogatoire pourra entendre, comme témoins, les médecins ou les autres personnes se trouvant dans l'asile, sans convocation préalable et sans indemnité.

La décision du tribunal sera inscrite sur la pétition: elle ne sera pas sujette à appel.

Cet article tend à transformer les asiles en cours de justice; il pourra donner lieu, dans la pratique, à des scènes regrettables.

ART. 23. — Quatorze jours au moins et huit jours au plus avant l'expiration du terme que le tribunal aura assigné au séjour du malade dans l'asile, une nouvelle demande de prolongation devra être présentée au tribunal. Cette pétition sera accompagnée des mêmes documents que celle dont il a été question à l'art. 21. Le tribunal statuera sur la demande dans la forme prescrite par l'art. 22.

La loi actuelle n'autorise que trois années de séjour dans un asile, comme période d'épreuve (art. 20). Passé ce temps, l'interdiction est obligatoire, mais on se soustrait bien souvent à cette obligation en faisant sortir l'aliéné de l'asile, ne fût-ce qu'un seul jour. En effet, il faut alors accomplir de nouveau

les mêmes formalités d'admission que pour le premier placement et la durée antérieure du séjour est comme non avenue.

Le nouveau projet de loi ne maintient pas l'obligation de faire procéder à l'interdiction au bout de trois ans de séjour dans l'asile, ce qui est un grand avantage; il est bien inutile, en effet, de soumettre à une procédure longue et coûteuse des malades qui, pour la plupart, ne possèdent rien.

Art. 24. — Toutes les fois que, dans un asile, un malade sera soumis à un moyen de contrainte mécanique, il en sera fait mention sur un registre spécial conforme à un modèle arrêté par Nous.

Cet article est considéré par les médecins comme un des plus regrettables du nouveau projet de loi. Quelle compétence le procureur du roi peut-il avoir pour s'immiscer dans le contrôle des moyens de traitement? On peut dire, il est vrai, que ce registre est destiné à être examiné par les inspecteurs des asiles; mais les procureurs du roi auront aussi le droit de l'examiner. L'emploi des moyens de contrainte est un mode de traitement des aliénés, aussi bien que le non-restraint; le médecin ne relève que de sa conscience et il doit être libre d'appliquer la camisole orsqu'il juge que cela est nécessaire. Pourquoi la justice n'irait-elle pas encore plus loin? Pourquoi ne se chargerait-elle pas de désigner les médicaments dont il sera permis de se servir et ceux qui seront prohibés?

Art. 25. — Un aliéné placé dans un asile en vertu de l'autorisation donnée par un tribunal d'arrondissement peut être transféré dans un autre asile, sans qu'une nouvelle autorisation soit nécessaire, pourvu que le transfèrement ait lieu dans la période pour laquelle le placement a été autorisé. Les divers documents relatifs au malade seront transmis à la direction de l'asile où il aura été transféré.

Art. 26. — Toutes les fois qu'un Néerlandais fera placer, comme aliéné, dans un asile d'un pays étranger, un de ses compatriotes ayant eu, dans le semestre précédent, un domicile dans les Pays-Bas, il devra donner avis du place-

ment au procureur du roi près le tribunal de l'arrondissement où est situé ce domicile.

A cet avis devra être joint un certificat d'un médecin compétent, signé moins de trois semaines avant le placement.

Par un instinct de discrétion qui inspire les parents et amis des aliénés aussi impérieusement en Hollande que dans d'autres pays, ou pour éluder les formalités trop nombreuses de l'admission dans les asiles hollandais, il arrive souvent que les familles à leur aise envoient en Allemagne ceux de leurs membres qui sont affectés d'aliénation mentale.

TITRE IV. — DES CONGÉS DONNÉS AUX PERSONNES PLACÉES DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS ET DE LEUR SORTIE.

Art. 27. — Sur la proposition du médecin, un congé peut être accordé à toute personne placée dans un asile d'aliénés, à condition que la personne qui a formé la demande d'admission en ait été préalablement avertie.

Il sera fait mention, sur le registre prescrit par l'art. 17, du congé, de sa durée, du jour où le malade sortira de l'asile et de celui où il rentrera.

Cet article n'est pas suffisamment clair; on ne voit pas par qui sera accordé le congé; il est désirable que la rédaction définitive ne laisse persister aucune obscurité dans le texte.

Art. 28. — Toute personne placée dans un asile sera mise en liberté par les soins de la direction :

1° Lorsque le médecin de l'asile aura déclaré par écrit que la personne placée ne présente plus aucun signe d'aliénation mentale et qu'elle est suffisamment rétablie.

2° Sur la demande de celui qui a formé la demande d'admission, ou de celui qui a formé la dernière demande de prolongation, ou de celui qui est le plus proche parent de la personne placée; à défaut des personnes qui viennent d'être énumérées, la sortie pourra être demandée par

toute autre personne qui aurait été compétente pour former une demande de placement.

3° Sur la demande du procureur du roi.

Il sera fait mention de la sortie sur le registre prescrit par l'art. 17.

Les conditions dans lesquelles la sortie devra s'effectuer seront réglées, d'un commun accord, entre la direction de l'asile et la personne qui aura formé la demande d'admission ou de dernière prolongation. A leur défaut, l'accord se fera avec le maire du dernier domicile de l'aliéné, et si ce domicile est inconnu, avec le maire du lieu où est situé l'asile.

Ceux qui auront été admis sur leur propre demande pourront être rendus à la liberté sans accord préalable avec aucune autre personne.

La loi actuelle est muette sur l'accord à établir, avant la sortie d'un aliéné, entre la famille ou la direction de l'asile. L'intention qui a inspiré cette innovation est certainement très bonne, mais il est à craindre que, pour les cas où les sentiments naturels de la famille ne suffiraient pas à procurer à l'aliéné sortant un traitement bienveillant, une prescription légale ne puisse réussir à le lui assurer.

Art. 29. — Si le médecin de l'asile déclare, par écrit, que la demande de sortie d'un aliéné placé dans un asile ne peut être accordée sans qu'il en résulte un danger pour l'ordre public ou une imminence d'accidents, la direction adressera au procureur du roi cette déclaration avec la demande de sortie.

Le procureur du roi en référera immédiatement au tribunal qui, jugeant en dernier ressort, pourra soit prendre les précautions qui lui paraîtront propres à prévenir les accidents et accorder la sortie, soit repousser la demande de sortie et ordonner le maintien du malade à l'asile jusqu'à l'expiration de la dernière autorisation de séjour.

La sortie ne pourra pas avoir lieu pendant que le tribunal sera saisi de la question.

Le tribunal pourra prescrire un supplément d'information et l'examen du malade dans les formes prévues à l'art. 22.

Si le danger pour l'ordre public persiste après l'expiration de la dernière autorisation de séjour, il sera procédé conformément à l'art. 30 ci-après.

La préoccupation dominante de cet article est le maintien de l'ordre public, et nullement l'intérêt personnel du malade. Le tribunal peut ordonner la sortie pourvu qu'elle ne paraisse pas devoir entraîner de scandale public, et alors même qu'elle ne serait pas avantageuse pour le malade.

Art. 30. — Quand le terme prescrit, conformément à l'art.21, pour le séjour d'une personne à l'asile, sera expiré sans qu'une demande de prolongation ait été formée, il en sera donné avis, par la direction de l'asile, au procureur du roi qui, aussitôt après avoir reçu cet avis, ordonnera la sortie, à moins que celle-ci ne puisse entraîner un danger pour l'ordre public.

Si le médecin déclare par écrit qu'il y aurait danger pour l'ordre public à autoriser la sortie, le procureur du roi en référera de suite au tribunal qui statuera comme il a été dit à l'art. 29.

Art. 31. — Si le procureur du roi trouve qu'un aliéné a été admis illégalement dans un asile, ou qu'il y est retenu illégalement, il ordonnera sa sortie immédiate, à moins que cette sortie ne soit de nature à faire naître quelque danger pour l'ordre public.

Si le procureur du roi est d'avis qu'une personne placée régulièrement dans un asile, en vertu d'une autorisation de la justice, ne présente plus de signes d'aliénation mentale, il pourra ordonner sa mise en liberté à la condition d'être d'accord, à cet égard, avec le médecin de l'asile.

Si l'accord ne s'établit pas, le procureur en référera au tribunal, qui statuera.

Il est difficile de comprendre quelles pourront être les précautions prescrites par le tribunal pour éviter les accidents. Une fois sorti de l'asile, l'aliéné sera complètement rendu à lui-même; il n'y a pas, pour un citoyen hollandais, une situation intermédiaire entre le séjour dans un asile et la jouissance de sa liberté complète. La garantie que cet article s'efforce de donner paraît devoir être illusoire.

Cet article contient une contradiction singulière; d'une part, si le médecin est d'avis qu'une personne placée dans un asile est guérie, il la fera sortir sans attendre l'intervention du procureur; d'autre part, s'il suffit que le médecin ne soit pas d'accord avec le procureur pour suspendre la sortie, comment se fait-il que la décision définitive appartienne à des juges seuls?

On remarquera qu'en vertu des articles qui précèdent le tribunal peut être saisi d'une demande de sortie, soit par le procureur du roi, soit par la famille de l'aliéné et amené par là à faire examiner l'état mental de ce dernier. Mais aucune disposition de la loi ne donne au malade, lui-même, le droit de porter ses réclamations devant le tribunal; il ne peut que faire ses plaintes aux inspecteurs et au procureur du roi lorsqu'ils visitent les asiles.

TITRE V. — DE LA GESTION DES BIENS DES ALIÉNÉS TRAITÉS DANS LES ASILES; DE L'INTERDICTION ET DE LA TUTELLE.

Art. 32. — Quand il sera nécessaire de pourvoir à la gestion partielle ou entière des biens d'un aliéné traité dans un asile, ou de veiller à ses intérêts d'une manière quelconque, un administrateur provisoire sera nommé par le tribunal de son dernier domicile, et faute de domicile en ce pays, par le tribunal de l'arrondissement dans lequel est situé l'asile.

Cette désignation aura lieu sur la demande des personnes compétentes pour provoquer le placement dans un asile, ou des autres personnes qui pourraient y être intéressées. A

leur défaut, elle pourra être faite à la demande du procureur du roi; celui-ci devra toujours être entendu.

L'épouse peut être nommée administrateur provisoire des biens de son mari.

L'administrateur provisoire ne pourra faire d'autres actes que ceux de nature purement administrative, à moins que le juge de paix ne lui en donne la permission. Celle-ci ne sera donnée que pour des raisons importantes et après que les quatre parents les plus rapprochés de l'époux ou de l'épouse auront été convoqués, ou appelés à donner leurs avis.

Il va sans dire que lorsque l'aliéné placé dans un asile sera possesseur d'une grande fortune, il sera nécessaire de pourvoir à la gestion de ses biens et alors la famille ne manquera pas de faire, auprès du tribunal, les démarches nécessaires.

Mais qu'arrivera-t-il lorsqu'il s'agira des petites épargnes d'un pauvre aliéné sans famille? A moins que ses amis ne se chargent, spontanément, de prendre soin de ce qu'il possède, il pourra bien ne plus rien retrouver à sa sortie. La loi n'aurait-elle pas dû prescrire quelque mesure tutélaire pour les cas de ce genre?

Art. 33. — Si, après la première autorisation accordée conformément à l'art. 23, il est nécessaire qu'un aliéné soit interdit, la demande pourra en être faite au tribunal par les personnes intéressées, ou, à leur défaut, par le procureur du roi. La procédure suivie sera celle prescrite par le Code civil, sauf les modifications suivantes :

a. Il n'est pas nécessaire d'indiquer des témoins dans la requête; il suffira de produire un certificat du médecin de l'asile déclarant que le malade est dans un état continu d'aliénation mentale. Si la demande d'interdiction est adressée à un tribunal autre que celui qui a délivré la dernière autorisation de séjour à l'asile, cette dernière autorisation devra être jointe à la requête.

b. Après avoir reçu la requête, le tribunal ordonnera,

dans tous les cas, l'interrogatoire stipulé par l'art. 492 du code civil.

c. Dans le cas où le médecin attaché à l'asile déclarerait à l'huissier que la notification prescrite par l'art. 493 du Code civil sera nuisible au malade, la notification pourra être faite à la direction de l'asile. La déclaration sera écrite sur la pièce à notifier et signée par le médecin, sinon la valeur de la pièce sera nulle.

d. Les interrogatoires prescrits par les art. 492 et 497 du Code civil auront lieu à l'asile, en présence du médecin de l'établissement; les parties 4me et 5e de la présente loi leur seront applicables.

e. Après l'interrogatoire, le tribunal pourra prononcer le jugement sans convocation ultérieure des parties ; il pourra aussi, s'il le juge à propos, ordonner qu'il soit procédé à l'interrogatoire des témoins, conformément à l'art. 494 du Code civil.

f. Il ne pourra être donné connaissance à l'aliéné de la sentence d'interdiction qu'en présence du médecin de l'asile.

g. Les conclusions écrites du procureur du roi seront inscrites sur la requête.

Voici le texte ou le sens des différents articles du Code civil qui viennent d'être cités :

Art. 492. — Si le tribunal est d'avis que les faits rapportés dans la requête sont de nature à justifier la demande d'interdiction, il procédera à l'interrogatoire des parents.

L'art. 493 ordonne que la personne qui est l'objet de la demande en interdiction soit interrogée en présence du procureur du roi.

Art. 494. — Si le tribunal, après avoir entendu ou avoir régulièrement convoqué les proches parents de celui dont l'interdiction est demandée, se trouve suffisamment renseigné, il pourra se prononcer sans autre formalité; dans le cas contraire, il prescrira l'interrogatoire de témoins.

L'art. 497 porte que si, après que l'interdiction a été pro-

noncée, il est interjeté appel, le tribunal pourra prescrire un second interrogatoire.

Art. 34. — La direction sera informée, dans un délai de trois jours, de toute nomination d'un administrateur provisoire aux biens d'un aliéné placé dans un asile, de toute interdiction, de toute nomination de tuteur ou de subrogé tuteur.

La notification sera faite soit par le greffier du tribunal, soit par le juge de paix.

L'art. 503 du Code civil est ainsi conçu : « Aussitôt que » l'interdiction a été prononcée, le juge de paix nomme un » tuteur et un subrogé tuteur. »

Le projet de loi contient encore quelques articles indiquant les pénalités encourues en cas d'infraction à ces prescriptions. Il me paraît inutile de reproduire ici ces articles.

En résumé, sans méconnaître les progrès réalisés à certains égards par le nouveau projet de loi, on doit regretter que ceux qui l'ont rédigé et qui se sont montrés si soucieux de l'*ordre public* n'aient pas songé à tenir le même compte de la propre sûreté du malade. Comment, aussi, avoir autorisé les juges à entendre les plaintes et les accusations des malades en dehors des médecins des asiles? Ceux-ci ne se trouvent-ils pas traités par là comme des hommes dangereux et disposés aux abus de pouvoir? Pinel, l'aliéniste modèle, a brisé les chaînes dont les aliénés étaient couverts; ne pourrait-on pas dire que nos législateurs modernes ramassent ces chaînes pour les faire porter aux médecins aliénistes?

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 28 MAI 1882.

Présidence de M. MOTET.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

Le dépouillement de la correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Dr Dubuisson, médecin en chef de l'asile de Leyme (Lot) :

« Monsieur et honoré confrère,

» J'ai le regret de vous annoncer la mort de M. le » Dr Bonnefous, ex-interne des hôpitaux de Paris et » ancien médecin en chef de l'asile de Leyme. Reçu interne » en 1841, il avait exercé pendant quelque temps la méde- » cine à Figeac, sa ville natale, puis il s'est consacré pendant » vingt ans aux soins des aliénés du département du Lot.

» Il avait pris sa retraite depuis trois ans; la mort l'a » emporté après une longue et douloureuse maladie, au » moment où il aurait pu goûter le repos si bien mérité » par une vie toute de dévouement.

« Veuillez agréer, etc.

Dr DUBUISSON,
médecin en chef.

3° Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique au nom de M. le ministre de la guerre des Etats-Unis demandant, pour répondre au désir exprimé par M. le chirurgien en chef de l'armée des Etats-Unis, de voir la bibliothèque du ministère de la guerre s'enrichir des travaux français, à ce que la Société médico-psychologique voulût bien

adresser les bulletins de ses travaux à ladite bibliothèque.

Cette lettre est renvoyée au comité de publication.

4° Une lettre de M. le Dr Féré demandant à être nommé membre titulaire de la Société médico-psychologique et envoyant la collection de ses travaux à l'appui de sa candidature.

Une commission composée de MM. Legrand du Saulle, J. Voisin, Charpentier, rapporteur, est nommée pour examiner les titres et travaux de M. Féré.

La correspondance imprimée comprend :

1° Un travail de M. Masoin sur le traitement du diabète par le permanganate de potasse.

2° Un rapport du même auteur, adressé à M. le ministre de l'intérieur au nom du jury chargé de l'examen des ouvrages publiés dans le royaume par des auteurs belges, pendant la période 1876-1880, pour l'obtention du prix quinquennal des sciences médicales.

M. Legrand du Saulle, au nom de M. Albert Salivas, professeur à la faculté libre de droit de Toulouse et docteur en médecine, fait hommage à la Société d'une étude médico-légale intitulée : *De l'influence exercée sur l'état mental par l'approche de la mort.* Cette étude s'appuie sur un très grand nombre d'observations que M. Legrand du Saulle a déjà publiées dans son ouvrage sur la folie devant les tribunaux .

M. Motet invite M. Legrand du Saulle à exposer, dans une prochaine séance, les principales idées contenues dans cette étude.

M. Mesnet fait hommage à la Société de son travail lu à l'Académie de médecine intitulé : *Des vertiges avec délire*; *pathogénie des délires impulsifs.*

M. le Président. — Notre très honoré collègue, M. Hack Tuke, a été cruellement frappé dans ses plus chères affections. Il vient de perdre son fils William Samuel Tuke, docteur en médecine. M. William Samuel Tuke était âgé de vingt-six ans; déjà connu par d'excellents travaux de pathologie mentale, il emporte les sincères regrets de tous ses confrères qui étaient aussi ses amis.

J'ai voulu, Messieurs, vous faire part du malheur qui atteint notre excellent confrère, membre associé de notre Société; il trouvera dans l'expression de nos vives sympathies un allégement à sa douleur.

Rapports de candidature.

M. CHARPENTIER. — Messieurs, au nom et comme rapporteur de la commission que vous avez bien voulu nommer dans votre séance du 30 avril dernier, et qui est composée de MM. Legrand du Saulle, Paul Moreau (de Tours) et Charpentier, rapporteur, je vous demande la permission de vous exposer les titres et travaux scientifiques de M. le Dr Gilbert Ballet, titres et travaux dont la plupart vous sont déjà bien connus.

Nommé interne des hôpitaux en 1875, M. Ballet devint, en 1880, lauréat de l'internat (médaille d'argent). La Faculté de médecine lui décernait la même récompense en 1881 et une mention honorable au concours pour le prix Châteauvillard en 1882; la même année, il était lauréat du prix Civrieux, décerné par l'Académie de médecine, et la Société de biologie lui accordait une mention au concours pour le prix Godard.

Des succès, aussi nombreux que rapidement obtenus, s'expliquent par la valeur des travaux que M. Ballet a publiés.

Des recherches anatomiques et cliniques sur le faisceau sensitif et des troubles de la sensibilité dans les lésions du cerveau, tel est le titre de sa thèse inaugurale. Grâce à une technique qui lui appartient, l'auteur a pu suivre la terminaison du faisceau sensitif dans toute la portion de l'écorce cérébrale située en arrière du pied des trois circonvolutions frontales. C'est dans cette portion appelée par l'auteur zone sensitive, que se terminent en se mélangeant intimement toutes les fibres de sensibilité générale et toutes celles émanées des organes des sens, mélange tellement intime que chacune des circonvolutions qui constituent cette zone a pu être détruite isolément, sans être suivie de troubles de la sensibilité soit générale, soit spéciale.

De l'énorme étendue de cette zone, il résulte que pour déterminer l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle complète, il faudrait une lésion très vaste pour pouvoir la détruire; mais ce qu'une lésion matérielle de l'écorce ne peut faire, peut être produit par une perturbation profonde, complète mais encore inconnue de cette écorce, sous l'influence de la grande névrose, l'hystérie. En résumé, constitution et description du faisceau sensitif, délimitation nette de la

zone sensitive, négation des centres sensitifs spéciaux des localisateurs, tels sont les faits fondamentaux de ce remarquable travail, sans compter l'étude de l'hémiopie à propos des anesthésies par lésions capsulaires.

La valeur de cette thèse désignait naturellement M. Ballet pour la rédaction du savant article du Dictionnaire de Jaccoud, intitulé : *Sensibilité.* Nul n'était plus apte à condenser en 82 pages une aussi vaste question à l'aide d'un plan d'exposition des plus simples, consistant à étudier l'appareil de la sensibilité avec ses organes récepteurs, conducteurs, percepteurs, au triple point de vue anatomique, physiologique, pathologique.

Les recherches personnelles de l'auteur sur le faisceau sensitif, celles de Broca sur les racines du nerf olfactif avec déduction pour l'anosmie croisée dans l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle; la lutte entre les localisateurs et les partisans contraires à propos des centres sensitifs spéciaux, l'infériorité de la méthode expérimentale en pareille matière, le rôle prépondérant au contraire de la clinique, l'étude des sensibilités perceptives, affectives et motrices de Ch. Richet, les recherches sur le sens musculaire, une étude toute nouvelle des troubles de la sensibilité mis en regard de chacun des segments de l'appareil sensitif, et un résumé des agents æsthésiogènes dans l'hystérie, telles sont les questions les plus intéressantes d'un article aussi important. M. Ballet n'a pas borné là ses travaux; il a enrichi de ses productions le *Progrès médical*, les *Archives de neurologie*, la *Revue de médecine mensuelle*; il a écrit dans les *Archives de médecine* et dans le *Bulletin de thérapeutique.* Ces différents recueils contiennent une étude sur les réflexes tendineux dans la fièvre typhoïde, une note sur un cas d'atrophie musculaire dans le mal vertébral de Pott, la relation de huit cas d'abcès du cerveau sur des sujets atteints de malformations congénitales du cœur, un cas de guérison d'une contracture spasmodique ancienne, par réaction nerveuse produite par l'imagination, une étude sur l'action des aimants dans les anesthésies, un article sur le centre psycho-moteur de la face, un autre tout récent sur celui du membre inférieur (lobule paracentral).

M. Ballet a également fixé son attention sur quatre maladies ou troubles qui confinent de près au domaine de l'aliénation, à savoir : la cachexie pachydermique, la nar-

colepsie, le spasme musculaire au début des mouvements volontaires, le goître exophthalmique (ces deux derniers travaux faits en collaboration avec M. Marie, interne de M. Charcot).

Le spasme musculaire au début des mouvements volontaires, trouble fonctionnel peu connu et assez singulier sur lequel M. le professeur Charcot attire l'attention de ses élèves, souvent héréditaire, souvent rencontré avec des troubles mentaux dans la famille, débute dans l'enfance, consiste en une raideur spasmodique fonctionnelle des muscles des membres et même de la langue au début ou plutôt pendant l'exécution des mouvements, raideur accompagnée d'une sensation distincte de celle de la crampe, déterminant l'impotence fonctionnelle par elle-même et non par la sensation qu'elle produit, s'accompagnant enfin fréquemment d'hypertrophie musculaire, sans modification de la force du muscle.

Dans le goître exophthalmique, M. Ballet a constaté des phénomènes d'ordre convulsif (épilepsie ou convulsion épileptiforme, vertige et d'ordre paralytique (hémiplégie, paraplégie, tremblement, aphasie), troubles qu'il rattache ainsi que l'albuminurie et la glycosurie à une origine nerveuse centrale. Dans une brillante comparaison qu'il fait entre le complexus symptomatique : hémianesthésie sensitivo-sensorielle, également d'origine matérielle ou névrosique et le complexus désigné sous le nom de maladie de Graves, également d'origine nerveuse et parfois sous la dépendance de lésions bulbo-protubérancielles. M. Ballet montre une large profondeur de vue en reliant ces deux mêmes complexus dans grand nombre de cas à un état commun, la diathèse nerveuse.

La *narcolepsie* comprenant, à partir de la simple somnolence, tous les degrés du sommeil subit, impérieux, invincible, symptôme de maladie plutôt que névrose en elle-même comme on a bien voulu le dire, est rattachée par M. Ballet à un certain nombre d'états morbides entraînant soit des troubles circulatoires (affections cardiaques), soit un ralentissement de nutrition (bradytrophie de M. Landouzy), traduit par du diabète, de l'obésité, de la polysarcie, soit une perturbation des fonctions nerveuses (hystérie), et doit être en définitive, d'après M. Ballet, attribuée à des troubles de nutrition des cellules de l'écorce cérébrale

bien plutôt qu'à des lésions du pont de Varole, comme l'a écrit M. Gélineau.

Il nous reste, messieurs, à fixer votre attention sur un dernier travail de M. Ballet que nous avons réservé pour la fin de ce rapport, quoiqu'il date déjà de 1880, car il est redevenu complètement d'actualité, depuis le retentissement mérité des conférences de M. Magnan sur les hallucinations bilatérales, à caractère différent suivant le côté affecté, et celle de M. Dumontpallier, venant démontrer d'une façon absolue et incontestable l'indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère.

Le travail de M. Ballet, publié dans le *Progrès médical* de septembre 1880, est intitulé: *Nouveau fait à l'appui de la localisation de Broca. Démonstration expérimentale de la faculté du langage dans l'hémisphère gauche.*

Il est reconnu aujourd'hui, grâce aux longues et patientes recherches de M. le professeur Charcot, que la faculté du langage est conservée dans l'état hypnotique, abolie dans l'état cataleptique; qu'il est possible de provoquer chez la même malade les deux sommeils à la fois, ou du moins de plonger l'un des hémisphères cérébraux en catalepsie, pendant que l'autre est simplement hypnotisé. Il suffit pour cela d'ouvrir un seul des deux yeux de l'hypnotisée.

Cela posé, M. Ballet hypnotise une malade, lui ordonne de parler, d'écrire, de chanter, ce qu'elle peut faire; il lui ouvre alors l'œil gauche et, en cela faisant, il plonge en catalepsie l'hémisphère opposé (en vertu de l'entrecroisement des fibres cérébrales), l'hémisphère droit, et la malade peut encore exécuter les ordres; mais si, sur la même malade, après avoir fermé cet œil gauche, il lui ouvre l'œil droit, il plonge alors l'hémisphère gauche en catalepsie et la malade ne peut plus ni parler, ni chanter, ni écrire, la fonction du langage est abolie. Conclusion: la catalepsie de l'hémisphère gauche abolit la fonction du langage, ce que ne fait pas la catalepsie de l'hémisphère droit, expérience qui vient confirmer sur le vivant ce que sur le cadavre les lésions anatomo-pathologiques, avaient permis d'établir comme induction. Depuis, l'expérience de M. Ballet a été nombre de fois répétée à la Salpêtrière et c'est cette expérience que M. Dumontpallier a renouvelée à Sainte-Anne, en la perfectionnant avec un art merveilleux.

Messieurs, veuillez nous excuser d'avoir abusé de votre attention, mais si la valeur d'un candidat se mesure non seulement à ses titres, mais surtout à ses travaux, nous avons cru qu'il était utile de les faire passer rapidement devant vos yeux.

M. Ballet, le chef de la clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière, le secrétaire de la Société anatomique, aux séances de laquelle il prend une part assidue, sera un des membres actifs de notre Société. En vrai clinicien, en véritable ami du progrès scientifique, il a compris que l'aliénation mentale, le terrain le plus fécond pour les recherches de l'avenir, ne pouvait lui rester étrangère et c'est dans l'espoir de puiser auprès de vous, messieurs, des enseignements précieux que M. Ballet vient solliciter l'honneur d'être reçu dans votre Société.

En conséquence, votre commission a l'honneur de vous proposer d'accorder à M. Gilbert Ballet le titre de membre titulaire de la Société médico-psychologique.

M. Ballet est nommé à l'unanimité membre titulaire de la Société médico-psychologique.

M. Magnan. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Bouchereau, Ritti et Magnan, chargée de faire un rapport sur la candidature du Dr Rougé Calixte, médecin en chef de l'asile de Limoux (Aude), au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Le Dr Rougé, interne des hôpitaux de Marseille à la suite du concours de 1858, fut nommé, dès 1865, médecin adjoint de l'asile de Limoux dont il devint, en 1870, le médecin en chef. Depuis cette époque, il a introduit des améliorations importantes dans cet établissement et il a contribué pour une large part au développement d'une ferme agricole où résident quelques malades et où chaque jour viennent travailler un certain nombre d'aliénés de l'asile; parfois aussi des malades turbulents vont au milieu des champs donner satisfaction au besoin d'activité qui les domine, rentrent ensuite plus calmes à l'établissement où ils trouvent souvent, la nuit, un sommeil qu'ils doivent à l'exercice salutaire de la journée.

La thèse de M. Rougé « Recherches sur la température du corps », 1862, dénote chez notre confrère beaucoup de

sagacité et un judicieux talent d'observation. A cette époque, en 1862, où le thermomètre ne faisait pas encore partie de l'arsenal du clinicien, où ses applications étaient encore limitées à quelques laboratoires ou à quelques salles d'hôpital, M. Rougé comprit toute la valeur de ce moyen si précis d'investigation pour le diagnostic et le pronostic, et s'empressa de mettre à profit les ressources que lui offraient les grands services hospitaliers de Marseille pour l'étude de la thermométrie clinique.

Après avoir fait ressortir en quelques mots l'importance nosologique de l'élévation de la température du corps, voici en quels termes il se fait l'avocat du thermomètre : « Malheureusement, dit-il, le seul moyen d'investigation dont on pouvait alors disposer et qu'on emploie encore presque exclusivement aujourd'hui, l'application de la main, est un moyen très défectueux. S'il a pour lui la facilité et la promptitude des résultats, on ne peut, il nous semble, s'empêcher de reconnaître que le thermomètre présente, de son côté, les avantages les plus sérieux, les plus incontestables. Nous essaierons, avec un bien faible talent il est vrai, de démontrer par des faits que l'appréciation du *degré* de chaleur a une importance pratique. Ce seul mot de *degré* indique déjà à quelle distance loin de lui le second moyen laisse le premier. » Vous le voyez, ces quelques mots qui prévoyaient en quelque sorte l'avenir de la thermométrie donnent une idée du sens clinique du Dr Rougé. Il rappelle dans sa thèse les travaux faits jusqu'en 1862, ceux de Haën, de Currie et, en France, ceux de Bouillaud, d'Andral, bientôt suivis des recherches de Donné, de Roger, de Gavarret. Le Dr Rougé a voulu faire pour quelques maladies des adultes ce que M. Roger avait fait pour les maladies de l'enfance.

Après avoir étudié les conditions qui font varier la température de l'homme à l'état physiologique et les moyens d'appréciation de la température à l'état pathologique, il entre de plain pied dans la clinique pour suivre la température dans les maladies. Il examine successivement les cas où la température est augmentée, ceux où elle est diminuée, et enfin les états pathologiques, où la température ne varie pas.

Des exemples cliniques sont fournis à l'appui de la dé-

monstration. Vous le voyez, messieurs, la thèse de M. Rougé n'est pas une œuvre vulgaire et méritait d'être signalée à votre attention.

Depuis qu'il est chargé du service médical de l'asile de Limoux, notre confrère a eu l'occasion, à maintes reprises, de prêter un concours efficace aux tribunaux dans les questions de médecine légale. Parmi les sujets de ces nombreux rapports il me suffira de citer :

Un cas de débilité mentale avec impulsions homicides d'un garçon de seize ans sur un enfant de quatre ans; un second cas de débilité mentale avec impulsions homicides chez une fille de vingt et un ans, ayant déjà présenté deux ans auparavant un accès de folie puerpérale; un autre cas d'imbécillité avec impulsions au vol;

Un cas, enfin, de perversion instinctive chez un héréditaire inculpé d'attentat à la pudeur.

Ce simple énoncé fait voir que le Dr Rougé a été amené à aborder des questions fort délicates d'aliénation mentale. Nous pouvons ajouter que jusqu'ici il a vu le jury adopter ses conclusions.

La commission vous propose d'admettre notre méritant confrère le Dr Rougé, comme membre correspondant de la Société médico-psychologique.

M. Calixte Rougé est nommé à l'unanimité membre correspondant de la Société médico-psychologique.

LES HYPNOTIQUES HYSTÉRIQUES CONSIDÉRÉES COMME SUJETS D'EXPÉRIENCE EN MÉDECINE MENTALE (*illusions, hallucinations, impulsions irrésistibles provoquées; leur importance au point de vue médico-légal*).

M. Ch. Féré. — Messieurs, l'état mental des hystériques a été le sujet d'études très importantes de la part de MM. Huchard (1) et Legrand du Saulle (2) ; nous ne chercherons point à ajouter aux travaux de ces auteurs en ce qui concerne les troubles spontanés de l'intelligence dans l'hystérie : nous nous bornerons à l'étude d'un groupe de faits tout particulier.

(1) H. Huchard, *Caractère, mœurs, état mental des hystériques.* (*Arch. de neurologie*, t. III, 1882)

(2) H. Legrand du Saulle. — *Les hystériques; état physique et état mental, actes insolites délictueux et criminels*, in-8°, 1883.

Parmi les phénomènes si nombreux et si variés que l'on observe chez les hystériques et, en particulier, dans cette forme d'hystérie bien connue aujourd'hui, sous le nom d'hystéro-épilepsie ou *grande hystérie*, ceux que l'on a groupés sous le nom d'*hypnotisme* sont, sans contredit, des plus curieux et des plus intéressants au point de vue spécial de la médecine mentale et de la médecine légale.

On comprend sous ce nom d'*hypnotisme* plusieurs états nerveux différents qui peuvent être ramenés, d'après M. Charcot (1), à trois types fondamentaux : 1° état cataleptique; 2° état léthargique; 3° état de somnambulisme provoqué. Nous allons rappeler brièvement les caractères principaux de ces trois états.

A. *État cataleptique*. — Il peut se produire : 1° primitivement, sous l'influence d'un bruit intense et inattendu, d'une lumière vive qui frappe le regard, par la fixation prolongée d'un objet quelconque, etc.; — 2° consécutivement à l'état léthargique, lorsque l'on ouvre les yeux du sujet dans un lieu éclairé. Le sujet cataleptique est immobile, comme pétrifié. Il regarde fixement, les yeux largement ouverts. Les différentes parties du corps sont susceptibles de conserver les attitudes qu'on leur communique pendant un temps très long, sans qu'il se manifeste aucun des phénomènes qui accompagnent ordinairement l'effort. Les réflexes tendineux sont abolis, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire n'existe pas. Il y a insensibilité complète à la douleur; mais les sens spéciaux et le sens musculaire conservent une partie de leur activité, c'est ce qui permet d'impressionner le sujet par voie de suggestion et de provoquer des hallucinations, des impulsions automatiques. Sous l'influence de la suggestion, les attitudes fixes artificiellement imprimées aux membres font place à des mouvements coordonnés en rapport avec l'hallucination; quand la suggestion a cessé, le sujet redevient immobile.

B. *État léthargique*. — Il est déterminé : 1° primitivement, par la fixation d'un objet quelconque, ou par l'occlusion avec compression légère des yeux, etc.; 2° consécutivement à l'état cataleptique, par l'occlusion des paupières, ou par le passage dans un lieu obscur. On entend un bruit

(1) Charcot : *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1882.

laryngé spécial, il vient un peu d'écume aux lèvres et le sujet s'affaisse dans la résolution complète : les membres sont flasques et pendants. Les réflexes tendineux sont exagérés. L'hyperexcitabilité neuro-musculaire existe toujours à des degrés divers; les muscles se contractent sous l'influence d'une irritation mécanique portant soit directement sur les muscles eux-mêmes, soit sur le nerf qui les anime; il s'agit d'une contraction permanente, d'une contracture qui ne se résout que par l'excitation des muscles antagonistes. Les téguments sont insensibles à la douleur, et bien que les sens conservent un certain degré d'activité, le sujet se prête peu en général aux suggestions. Cet état est donc le moins intéressant au point de vue spécial qui nous occupe.

L'état cataleptique et l'état léthargique peuvent être localisés, en conservant tous leurs caractères, à un seul côté du corps, suivant que l'on ouvre ou que l'on clot l'œil du côté correspondant.

C. *Etat de somnambulisme provoqué.* — Il peut être provoqué, primitivement, par la fixation du regard ou par diverses pratiques (procédé de Faria, etc.). On le produit secondairement, chez les sujets plongés dans l'état cataleptique ou l'état léthargique, en exerçant une friction légère ou une simple pression sur le vertex. Dans cet état qui correspond plus particulièrement à ce qu'on a appelé le sommeil somnambulique, les yeux sont incomplètement clos, les paupières souvent agitées de frémissements. L'hyperexcitabilité neuro-musculaire n'existe pas, la résolution des membres est beaucoup moins prononcée que dans l'état précédent. Mais, si par l'excitation mécanique des muscles ou des nerfs, on ne peut pas provoquer de contractions permanentes, il est possible, par de légers attouchements (passes des magnétiseurs), par un souffle léger dirigé sur la peau, etc., de produire une rigidité musculaire spéciale, un état cataleptoïde différent de la contracture liée à l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, en ce qu'elle ne se résout pas par l'excitation des antagonistes, et de l'immobilité cataleptique en ce qu'elle oppose une résistance quand on veut modifier l'attitude. — Les téguments sont insensibles à la douleur; mais certains modes de la sensibilité de la peau, ainsi que le sens musculaire et les sens spéciaux sont le siège d'une hyperexcitabilité spéciale, grâce à laquelle, par

injonction ou par suggestion, on peut provoquer des actes automatiques très complexes. Cet état est celui qui se prête le mieux à notre étude uctuelle. — On peut faire cesser cet état de somnambulisme provoqué, soit en ouvrant largement les yeux, le sujet tombe alors en catalepsie, soit en les fermant et en comprimant légèrement les globes oculaires pour plonger le sujet dans l'état léthargique.

Lorsqu'on se présente à l'esprit les différents caractères de ces états, il est facile de les reconnaître sur un sujet hypnotique quelconque et d'éviter, comme on l'a fait trop souvent, d'attribuer à la léthargie ou à la catalepsie des phénomènes qui appartiennent au troisième état. Il est indispensable, dans toutes les expériences faites sur les hypnotiques, de pouvoir déterminer, à chaque instant et d'une manière précise, dans quel état le sujet se trouve, sous peine d'erreurs graves. Maintenant que nous sommes en mesure de nous placer dans ces conditions, nous allons passer à l'étude des phénomènes qui doivent nous occuper spécialement dans les divers états de l'hypnotisme.

I. Nous laisserons de côté l'état léthargique parce que, dans cet état, bien que la sensibilité générale et spéciale ne soit pas totalement abolie, il est en général impossible d'impressionner le sujet avec assez d'intensité pour pouvoir communiquer avec lui et lui donner des suggestions ou des impulsions.

II. Dans la *catalepsie*, on peut communiquer avec le sujet par des procédés très divers. Et d'abord par l'intermédiaire du sens musculaire : ainsi, si on donne aux membres une attitude tragique, de menace, par exemple, on voit les sourcils se froncer et l'expression de la physionomie se mettre en accord avec la position des membres (Braid, Charcot et Richer) (1). Inversement, si on électrise les muscles de la face et que l'on donne artificiellement au visage l'expression de la terreur, les membres vont prendre une attitude correspondante (Charcot et Richer).(2) Ces

(1) Charcot et Richer : *Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques* (*Arch. de neurologie*, 1881 et 1883).

(2) Charcot et Richer : *Note on certain facts of cerebral automatism observed in hysteria, during the cataleptic period of hypnotism* (*Journ. of nervous and mental science*, 7 décembre 1883).

phénomènes d'association se manifestent d'une manière instantanée pour ainsi dire, et les attitudes plastiques ainsi obtenues sont aussi permanentes que celles de la catalepsie en général.

Le sujet cataleptisé peut encore être impressionné par les organes des sens (1). Ainsi, si on frappe vivement son attention en lui parlant brusquement, on peut lui suggérer l'idée qu'elle entend une voix amie ou détestée, et tout de suite sa physionomie prend l'expression de l'affection et de la joie, ou de la haine et de la terreur. Si on attire son regard en agitant la main devant ses yeux et que, par des gestes appropriés, on figure un objet agréable ou horrible, on provoque les mêmes modifications de l'expression : on les reproduirait de même en faisant porter les suggestions sur les sens du goût ou de l'odorat.

Mais tandis que, par l'intermédiaire du sens musculaire, on n'obtient que des attitudes fixes, des actes purement mécaniques, en quelque sorte, lorsqu'on agit sur les sens spéciaux, on peut provoquer des mouvements automatiques combinés et rationnels d'une certaine durée. Ainsi, si on suggère au sujet l'idée d'un bruit terrible et continu ou d'un animal effrayant qui la poursuit, elle fuit en poussant des cris de terreur; si on lui suggère l'idée d'un oiseau qu'on lui met dans les mains, elle le caresse pendant quelques instants avant de retomber dans l'immobilité cataleptique.

Dans cet état, les sens peuvent devenir le point de départ de mouvements automatiques beaucoup plus prolongés, que l'on peut s'expliquer par la persistance de l'impression et par une association d'idées automatiques qui fait que le contact d'un objet suggère l'idée de s'en servir. La nommée B... étant plongée dans l'état cataleptique, on lui met dans les mains son crochet et son ouvrage commencé : elle régularise la position des deux objets, et se met à faire des mailles, mais elle fait toujours le même mouvement et la même maille. Elle fait une tresse sans fin qu'elle ne relie pas au reste de l'ouvrage. Ce travail

(1) Bourneville et Regnard ; *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. III, p. 149. — P. Richer ; *Etudes cliniques sur la grande hystérie*, in-8°, 1881.

peut durer des heures, toujours avec la même régularité automatique. Un fait intéressant à noter, c'est que pendant que le sujet est ainsi occupé à son travail automatique, si on vient à fermer un œil, le côté correspondant du corps tombe dans l'état léthargique, le bras reste immobile dans la résolution, tandis que l'autre main continue à faire les mêmes mouvements combinés qui sont devenus inutiles, par leur isolement, mais qui ne cessent que lorsque l'objet tenu dans la main vient à tomber. Donc, même pendant l'activité automatique, il reste possible de dédoubler le sujet (hémicatalepsie, hémiléthargie).

D'autres actes analogues peuvent être provoqués par le seul fait de placer dans la main du sujet hypnotique les instruments qui servent à les accomplir, à condition, toutefois, qu'il en connaisse préalablement l'usage : car un objet inconnu ne provoque aucune suggestion.

Dans tous ces actes, il est difficile de dire quel est le sens qui prend le plus de part à la suggestion, il semble la plupart du temps que ce soit le toucher.

Certains actes qui ne sont pas purement mécaniques, comme l'action d'écrire, par exemple, qui nécessite la mise en jeu non seulement de la main qui trace les caractères, mais encore de la pensée qui la coordonne dans un certain ordre, ne peuvent pas être suggérés par la seule présence de l'instrument qui sert à l'accomplir. L'on met une plume entre les doigts de B... en catalepsie, elle prend l'objet, mais mollement, et le laisse tomber au bout de quelques instants sans avoir fait un mouvement pour s'en servir. Si, tandis qu'elle le tient, on lui dicte à haute voix les mots les uns après les autres, ou, mieux encore, syllabe par syllabe, on arrive à lui faire tracer quelques phrases avec l'orthographe qu'elle connaît; mais les lignes sont irrégulières, précisément parce qu'elles sont écrites sous l'influence de suggestions successives et sans lien pour le sujet. Cependant, en prenant soin de rectifier la position de la main, on peut obtenir un autographe à peu près impossible à distinguer de ceux qui sont composés pendant la veille. Je n'insisterai pas maintenant sur les conséquences possibles de ces sortes d'actes suggérés pendant l'état cataleptique, et qui ne peuvent laisser aucun souvenir, puisque le sujet est *absent* au moment où il les accomplit.

Ces différents actes, consécutifs aux suggestions provoquées par l'intermédiaire des organes des sens, montrent que les objets qui les déterminent sont sentis d'une façon précise et que, lorsqu'il s'agit d'objets imaginaires dont l'idée a été inculquée soit par la voix, soit par le geste, ces derniers sont sentis comme s'ils existaient réellement; les objets qui figurent dans une hallucination provoquée sont perçus comme des objets réels. Nous avons pu en fournir la preuve en particulier en ce qui concerne la vision (1). Si l'on fait approcher ou éloigner l'objet, on voit la pupille se rétrécir ou se dilater proportionnellement.

C'est là un phénomène qui écarte toute idée de simulation. Ajoutons que, pendant la durée de l'hallucination visuelle, la sensibilité générale de l'œil est profondément modifiée chez certains sujets : en effet, dans l'état cataleptique, la conjonctive et la cornée en dehors du champ pupillaire sont, en général, insensibles; sur la plupart des sujets, on peut les toucher avec un corps étranger sans provoquer de réflexes palpébraux; chez P..., par exemple, sitôt qu'on a développé une hallucination visuelle, la sensibilité des membranes externes de l'œil revient dans l'état où elle existe dans la veille.

Ce fait vient à l'appui de ceux que nous avons déjà apportés pour établir la corrélation qui existe entre la sensibilité générale et la sensibilité spéciale, non seulement dans l'hystérie (2), mais encore dans les lésions organiques du cerveau (3).

Jusqu'ici nous n'avons parlé que de *suggestions* et d'*hallucinations temporaires*, ne persistant que pendant la durée de l'état cataleptique et suivies d'actes automatiques rela-

(1) Ch. Féré : *Mouvements de la pupille et propriétés du prisme dans les hallucinations provoquées des hystériques.* (*Société de Biologie*, 17 décembre 1881 ; — *Arch. de neurologie*, 1882, t. III, p. 291.)

(2) Ch. Féré : *Note sur quelques phénomènes observés du côté de l'œil chez les hystéro-épileptiques, soit pendant l'attaque, soit en dehors de l'attaque.* (*Soc. de Biologie*, 29 octobre 1881, et *Arch. de neurologie*, 1882, t. III, p. 281). — *Hémihyperesthésie sensitive et hémianesthésie sensorielle.* (*Soc. de biologie*, 4 novembre 1881.)

(3) Ch. Féré : *Contrib. à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales*, 1882, pp. 147, 149, 198, etc.

tivement peu compliqués. Ajoutons que l'on peut encore pendant cet état, suggérer des *hallucinations persistantes* qui durent après le réveil et dont la réalité est mise en évidence par ce fait que, dans l'hallucination visuelle, on peut dédoubler l'image fictive en plaçant un prisme devant un des yeux, ou en déviant méthodiquement un globe oculaire; toujours l'image fausse est placée conformément aux lois de la physique.

III. Mais c'est surtout dans l'état de *somnambulisme provoqué* (1) que l'on peut étudier les hallucinations persistantes et complexes, parce que les sens sont plus facilement impressionnés; et, le sujet répondant beaucoup mieux aux interpellations, il est plus facile d'entrer en communication avec lui.

Dans le somnambulisme provoqué, on peut suggérer à l'hypnotique des illusions ou des hallucinations diverses de l'ouïe, de l'odorat, du goût, de la vision, du toucher, qui persistent quand le sujet est réveillé. En ce qui concerne les hallucinations visuelles, leur réalité peut être démontrée encore, comme précédemment, par la déviation du globe oculaire, par l'interposition d'un prisme devant l'un des yeux. Si l'objet de l'hallucination visuelle consiste en un portrait, par exemple, placé sur un plan fixe, sur une table, un corps quelconque placé sur la table masque l'image. Si, au contraire, la suggestion a placé le portrait sur un plan mobile, sur une plaque de carton dont les deux faces offrent une apparence tout à fait identique, l'image sera toujours vue sur la même face du carton, et, quel que soit le sens dans lequel on le lui présente, l'hypnotique saura toujours placer les faces et les bords dans la position qu'il occupait au moment de la suggestion, de telle façon que l'image ne soit ni renversée ni même inclinée. Si on renverse le carton suivant ses faces, le portrait n'est plus vu; si on le renverse suivant ses bords, le portrait est vu la tête en bas; jamais l'hypnotique n'est prise en défaut, qu'on lui couvre les yeux, que l'on se place derrière elle, pendant que l'on change la position de l'objet, les réponses sont toujours parfaitement conformes.

(1) Ch. Richet : *du somnambulisme provoqué* (*Journ. de l'anat. et de la phys.*, 1875, *Arch. de phys.*, 1881, etc., *Revue philosophique*, 1880.)

Il faut remarquer que, pour que l'objet soit toujours vu suivant les mêmes proportions, il faut que le plan sur lequel son image a été suggérée, soit toujours à la même distance du sujet. Ainsi, supposons que l'hypnotique étant convenablement préparée, on place un ruban métrique sur une feuille de papier blanc et qu'on lui suggère l'idée que l'on marque un point noir en face de chaque division centimétrique, et qu'après le réveil de la somnambule on lui dise de marquer un trait sur chaque point imaginaire, elle fait une série de lignes qui sont toutes à égale distance, mais séparées par un intervalle plus grand qu'un centimètre. L'erreur est due à ce qu'il a fallu rapprocher le papier pour tracer les lignes et que les intervalles vus de plus près ont paru plus considérables. En somme, cette erreur n'est qu'une preuve de plus de l'objectivité de la sensation.

Quand l'objet sur lequel figure l'hallucination peut être éloigné ou rapproché au gré de l'hypnotique, l'image est toujours vue avec ses dimensions exactes, comme le montre l'expérience suivante:

Sur une feuille de papier blanc nous plaçons une carte également blanche; avec une pointe mousse, mais sans toucher le papier, nous suivons le contour du carton en suggérant l'idée d'une ligne tracée en noir. Quand le sujet est réveillé, nous lui demandons de plier le papier suivant ces lignes fictives : il tient le papier à la distance où il était au moment de la suggestion et il le plie en formant un rectangle exactement superposable à la carte.

Nous avons insisté en particulier sur les hallucinations de la vue, parce que ce sont celles dont la réalité peut être le plus facilement contrôlée ; mais les hallucinations et les illusions provoquées de l'odorat, de l'ouïe, du goût, du toucher ne sont pas moins saisissantes.

Nous allons résumer quelques-unes des conséquences des suggestions, illusions ou hallucinations provoquées des sens supérieurs.

Vue. — On peut suggérer une appréciation fausse sur la forme d'un objet que le sujet verra plus grand ou plus petit ou déformé. Si, par exemple, on lui inculque l'idée que telle personne a une difformité quelconque du visage, on verra la somnambulique, encore plusieurs heures après son réveil, prendre une expression de dégoût

ou d'horreur, et, toutes les fois que son regard se portera du côté de cette personne qui deviendra un objet de répulsion quelquefois permanente; nous avons employé cette manœuvre avec succès pour faire cesser des relations à de certaines hystériques. L'illusion peut aller jusqu'à produire une erreur sur l'identité d'une personne : telle hypnotisable à l'état de veille ira prodiguer des caresses à une personne qu'elle déteste notoirement si, pendant le sommeil somnambulique, on lui a suggéré l'idée qu'il s'agit d'une personne qu'elle aime, et l'erreur peut durer dans certains cas toute une journée, jusqu'à ce que le sommeil naturel ou une attaque soit venu interrompre l'illusion. L'hallucination n'est pas moins persistante, le sujet pourra voir pendant toute une journée un objet imaginaire, une personne absente, dont on aura évoqué la présence pendant le sommeil somnambulique,

Ouïe. — Sous l'influence de la suggestion, l'hypnotique confond la voix d'une personne inconnue avec celle d'une personne connue et absente; elle peut entendre des voix qui n'existent nullement, qui lui donnent des ordres, qui lui répètent des injures, des paroles obscènes, etc.

Goût. — Si on a présenté à l'hypnotique un morceau de papier, par exemple, en lui disant que c'est un gâteau, à son réveil elle va le manger avec délices. Dans d'autres circonstances, elle sera convaincue que ses aliments sont empoisonnés. Si on lui a suggéré l'idée d'une substance nauséeuse, la sensation pourra être assez intense pour provoquer le vomissement.

Odorat. — Il peut devenir le siège de sensations erronées du même genre : le sujet sentira par exemple qu'on lui envoie de mauvaises odeurs par le trou de la serrure, etc. Il faut remarquer que les hallucinations provoquées peuvent être *unilatérales*; un objet fictif peut être vu d'un seul œil, une voix imaginaire entendue d'une seule oreille, etc., si l'auteur de la suggestion l'a voulu ainsi, tandis que l'organe opposé conserve la sensibilité normale. Ou encore on peut suggérer une hallucination d'un côté, tandis que l'on supprime complètement le sens du côté opposé en lui inculquant en même temps l'idée de cécité et surdité unilatérale. Dans d'autres circonstances enfin, on peut suggérer des hallucinations différentes de chaque côté. M. Dumontpallier a déjà signalé des faits de ce genre.

Les illusions et les hallucinations du *toucher* revêtent des formes encore plus variées, tous les modes de la sensibilité de la peau peuvent être atteints ensemble ou séparément. Une des plus curieuses hallucinations de ce genre est celle qui résulte de la suggestion d'une plaie : le sujet décrit la douleur d'une manière différente, suivant qu'il s'agit d'une plaie par instrument tranchant ou par instrument contondant ; toutefois sa description ne répond à la réalité que s'il a antérieurement éprouvé un de ces accidents. Mais ce qui est le plus remarquable, c'est qu'en même temps se développe l'hallucination de la vue. Le sang coule, etc.... Il en résulte un délire systématisé, dans lequel l'hallucinée se plaint de douleurs imaginaires, se fait des pansements appropriés, porte son bras en écharpe, tout comme s'il s'agissait d'une plaie véritable.

Cela nous conduit à dire que les illusions et les hallucinations des sens spéciaux peuvent être provoquées simultanément et se combiner : l'hypnotique peut être amenée par exemple à faire erreur sur l'identité d'une personne ou à accepter la présence d'une personne absente dont elle reconnaît les traits, la voix, etc. On comprendra les conséquences possibles de cette illusion ou de cette hallucination, si un acte délictueux ou criminel venait à être commis sur l'hypnotique, ou devant elle. Dans ces circonstances, il en résulterait une accusation portant sur un innocent et qui serait soutenue avec la conviction la plus profonde. L'illusion ou l'hallucination peut porter sur l'acte lui-même et conduire à des conséquences analogues.

Ce n'est pas seulement sur les sens que peuvent porter les suggestions, il est possible de provoquer des illusions et des hallucinations viscérales, la sensation d'un corps étranger dans l'intérieur du corps, etc. Mais les suggestions les plus remarquables de ce groupe, celles dont l'effet est le plus facile à contrôler, sont celles qui ont trait aux besoins naturels. S'il s'agit de la soif ou de la faim, sitôt après son réveil l'hypnotique réclame avec insistance à manger ou à boire, et si on lui présente des aliments ou une boisson, elle les avale gloutonnement. Si la suggestion porte sur le besoin d'uriner, etc., on voit le sujet à peine éveillé prendre une attitude embarrassée; cherche-t-on à le retenir en lui offrant ce qu'il convoite avec le plus d'ardeur, il ne tient aucun compte des offres qu'on lui fait et bientôt

s'échappe en courant pour aller satisfaire son besoin imaginaire. La suggestion des sensations génésiques provoquerait des désirs tout aussi impérieux, dont on peut prévoir les conséquences.

C'est ici le lieu de rappeler que, chez quelques hystériques, il existe sur certains points du corps des régions (*zones érogènes*) qui ne sont pas sans analogie avec les zones hystérogènes, dont le simple attouchement, dans l'état de somnambulisme provoqué, détermine des sensations génitales assez intenses pour amener l'orgasme (1). Une nommée W... offrait, au niveau de la partie supérieure du sternum, une zone de ce genre, dont la simple pression provoquait une secrétion abondante de liquide vulvo-vaginal. Ces phénomènes ont été provoqués plusieurs fois à l'insu de l'observateur qui eût pu se trouver sous le coup d'une accusation des plus graves s'il n'avait pris la précaution, indispensable dans ces conditions, de n'être jamais seul avec le sujet. Si nous rapprochons de ce fait la possibilité de suggérer à la somnambule l'hallucination de la présence d'un individu quelconque, on comprendra à quelles mystifications coupables on peut arriver.

Ce n'est pas tout, ce n'est pas seulement sur les sens et sur les viscères que peuvent se manifester les suggestions de sensations fausses. Il est possible de suggérer l'idée d'une altération de structure de toute la substance; l'hypnotique, par exemple, va se réveiller tout étonnée en disant: « Je suis de verre, ne me touchez pas », et comme conséquence de cette idée fausse, il va se développer tout un délire systématisé. D'autres délires du même genre peuvent être créés à volonté, dès qu'on a suggéré une sensation fausse portant sur l'un quelconque des sens spéciaux.

Nous avons montré plus haut qu'il est possible de reconnaître que, dans les hallucinations sensorielles provoquées, la supercherie ne peut entrer pour rien. La simulation n'a aucune part non plus dans les phénomènes dont nous venons de parler; la sincérité de la sensation et du délire est démontrée indirectement par l'expérience suivante: V.... est dans le sommeil somnambulique provoqué: nous

(1) Chambard: *du somnambulisme en général, nature, analogies, signification nosologique*, etc. (Thèse de Paris, 1881.)

lui inculquons qu'à son réveil son bras droit sera paralysé. Notre étonnement fut grand quand, à son réveil, nous la trouvons non seulement avec une paralysie flasque du bras droit, mais dans l'impossibilité d'articuler un mot : l'intelligence était intacte, elle comprenait parfaitement tout ce qu'on lui disait, mais la pointe de la langue était fortement attirée à gauche et se mouvait difficilement. Le sujet ne pouvait pas deviner que cette coïncidence, intéressante à plus d'un titre, fût possible. Cette association s'explique par le voisinage des centres moteurs du membre supérieur droit et des muscles qui concourent à la fonction du langage articulé dans l'écorce de l'hémisphère gauche du cerveau.

On pourra s'étonner que les sujets se réveillent ainsi avec une infirmité grave ou dégoûtante, c'est à peine s'ils marquent du chagrin. S'il ne s'y joint pas une sensation fausse de douleur, il est rare qu'ils s'affligent. Il semble qu'ils soient parfaitement rassurés sur l'issue de l'accident; mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'hystériques et que les hystériques supportent en général avec la plus grande indifférence toutes les misères qui surviennent spontanément et tout aussi brusquement du fait de leur maladie : on en voit, par exemple, rester contracturées de plusieurs membres pendant des mois sans marquer d'impatience, sans se plaindre de leur sort comme le feraient des malades atteints de la même infirmité produite par une lésion organique. C'est là une particularité bien connue qui caractérise les hystériques.

En outre des illusions et des hallucinations, il est encore possible, dans l'état de somnambulisme provoqué, de suggérer des *idées fixes*, des *impulsions irrésistibles* auxquelles l'hypnotique réveillée obéira avec une précision mathématique. Ainsi, nous montrons à la somnambule, sur un plan uni, un point fictif que nous ne pourrons retrouver que par des mensurations multiples, et nous lui commandons d'enfoncer un canif sur ce point après son réveil : elle exécute l'ordre sans hésitation, avec une exactitude absolue, en rapport avec la netteté de l'hallucination visuelle. Un acte criminel serait exécuté avec la même ponctualité. Notons que cet acte peut, à la volonté de l'expérimentateur, n'être accompli que plusieurs heures, plusieurs jours peut-être après la suggestion; les faits de cet ordre rapportés

par M. Ch. Richet (1) ne sont point exceptionnels, nous en avons observé un certain nombre.

Il faut remarquer que pour obtenir soit les illusions et les hallucinations, soit les impulsions irrésistibles, il est nécessaire que le sujet somnambulisé ait répondu à l'ordre de suggestion par un signe d'intelligence et de consentement; et, dans le dernier cas, l'acte est accompli avec d'autant plus de rapidité et d'énergie que la suggestion a été donnée avec plus d'autorité. Lorsque le commandement a été fait doucement, mollement, l'hypnotique se trouve au réveil dans un état d'esprit très intéressant à étudier. On la voit inquiète, obsédée par l'idée fixe d'accomplir un acte ridicule et dégoûtant, d'aller embrasser un crâne, par exemple; elle hésite longtemps, quelquefois même elle exprime son hésitation : « Je suis donc folle, j'ai envie d'aller embrasser ce crâne, c'est absurde, je ne voudrais pas y aller, mais je sens que je ne résisterai pas, etc. » Le fait est qu'elle y va. C'est la reproduction expérimentale de l'altération de la volonté qu'on retrouve chez certains aliénés qui, eux aussi, « voudraient bien, mais ne peuvent pas vouloir (2). »

La réaction individuelle (3) du sujet est atténuée. C'est l'auteur de la suggestion qui veut et il ne peut pas ne pas obéir. L'hypnotique est absolument le sujet de l'expérimentateur, sa responsabilité morale est nulle.

Ces faits montrent que l'hypnotique peut devenir un instrument de crime d'une effrayante précision et d'autant plus terrible que, immédiatement après l'accomplissement de l'acte, tout est oublié, l'impulsion, le sommeil et celui qui l'a provoqué. Nous pourrions citer un certain nombre d'actes, au moins inconvenants, commis par des hystériques, et qui n'étaient autre chose que des miniatures de *crimes expérimentaux* accomplis par un sujet inconscient, et dirigés par un coupable resté inconnu.

Il faut noter que certains individus peuvent avoir sur une hypnotique donnée une influence spécialement active, une

(1) Ch. Richet : La *personnalité et la mémoire dans le somnambulisme* (*Revue philosophique*, 1883, p. 225).

(2) Billod : *Ann. méd. psych*, 1847, et *des maladies mentales et nerveuses*, t. 1er p. 144, 1882.

(3) Ribot, *Maladies de la volonté*, 1883.

action élective, une persistance suggestive plus marquée que d'autres. D'autre part, une hypnotique peut résister à une suggestion déterminée qui se trouve en opposition par exemple avec un sentiment profond : une de nos malades avait conçu une affection très vive pour un homme, elle avait eu beaucoup à en souffrir; mais sa passion n'était pas éteinte. Si on évoquait la présence de cet homme, elle donnait immédiatement les signes d'une grande affliction, elle voulait fuir, mais il était impossible de lui faire consentir un acte quelconque qui aurait pu être nuisible à celui dont elle avait été la victime; elle obéissait à tous autres ordres d'une manière automatique. En somme la réaction individuelle, la volonté n'est pas complètement abolie; l'hypnotique paraît conserver son *identité morale* pour les actes habituellement et énergiquement voulus, elle est complètement supprimée dans les autres circonstances.

Lorsque des hystériques hypnotisables ont servi de sujet au même expérimentateur pendant plusieurs jours, elles finissent souvent par rester dans un état d'obsession permanente, elles sont *possédées* pour ainsi dire aussi bien le jour, pendant la veille, que la nuit dans leurs rêves : cet état d'esprit s'accompagne d'hallucinations spontanées dont la forme varie, mais dont l'expérimentateur est toujours l'objet. Telle deviendra succube, telle autre sera tourmentée, embrassée, etc. Si plusieurs sujets se trouvent réunis dans les mêmes conditions et s'il y a des confidences échangées, il pourra en résulter une sorte d'épidémie de délire hystérique dans lequel les hallucinations seront suivies d'impulsions, d'actes violents, etc., et qui rendent compte des différentes péripéties du drame qui s'est terminé par la mort d'Urbain Grandier. Nous avons assisté à une ébauche de persécution de ce genre, qui a suffi à nous montrer que ces sortes d'expérimentations devaient être conduites avec la plus grande prudence.

Que l'on veuille bien considérer que l'état de *sujétion* de l'hypnotique n'est point en contradiction avec ce que l'on observe à l'état normal; il s'agit seulement d'une exagération des phénomènes, qui permet de mieux comprendre ce qui se passe chez les sujets regardés comme sains d'esprit et qui subissent d'une manière inconsciente l'influence d'une volonté étrangère se substituant à la leur,

en les rendant pour ainsi dire insensibles à toute autre excitation extérieure. La résistance absolue de la somnambule dans une circonstance donnée met en évidence la *nécessité* d'être ce qu'on a l'habitude d'être. L'homme, dont la sensibilité est normale et qui est réputé en équilibre mental, réagit à chaque impression qu'il subit; mais la réaction n'est pas assez rapide pour qu'il ne tienne pas compte des impressions antécédentes. A l'état normal, le temps qui s'écoule entre l'excitation et le réflexe est assez long pour qu'on ait pu croire à un libre choix; dans certaines conditions pathologiques au contraire, chez l'hystérique, par exemple, qui jouit d'une véritable hyperexcitabilité psychique, les réflexes sont plus brusques parce que les sensations sont plus intenses, l'excitation la plus faible est immédiatement suivie d'une réaction, dont la rapidité exclut l'idée de raisonnement et qui rend compte de la mobilité de ces sujets. Chez l'hypnotique somnambulisée, la réaction individuelle est supprimée, la volonté est annulée, du moins atténuée dans la même proportion que la sensibilité. Pendant le sommeil somnambulique, l'expérimentateur exerce sur l'excitabilité du sujet une action inhibitoire qui se manifeste après le réveil, et d'où il résulte que la somnambule ne peut plus, pendant une période déterminée, avoir de réactions propres, et obéit passivement aux suggestions. En somme, dans tous ces faits, l'existence d'un libre arbitre et d'une responsabilité morale ne peut pas même être mise en question ; il s'agit de modifications de la sensibilité qui commandent des modifications de réaction.

Dans cette étude succincte nous nous sommes surtout attaché à montrer : 1° que dans divers états de l'hypnotisme il est possible de provoquer des illusions, des hallucinations, des impulsions irrésistibles, etc., dans lesquelles la supercherie ne joue aucun rôle ; 2° qu'en conséquence, on peut déterminer des délires expérimentaux d'un grand secours pour l'étude des délires spontanés ; 3° que la médecine mentale peut trouver dans l'hystérique hypnotisable un précieux sujet d'expérience.

Mais la possibilité de l'expérimentation en médecine mentale n'est pas le seul point intéressant qui soit mis en lumière par ces faits, dont l'importance au point de vue médico-légal ne peut échapper. Nous avons cru d'autant plus important de montrer que l'hypnotique peut devenir

un instrument de crime, que des faits récents prouvent que l'expérimentation sur les sujets n'est pas seulement pratiquée par des médecins et dans un but de recherche scientifique.

M. Motet. — Les observations de M. Mesnet confirment les idées émises par M. Féré à propos des faits de suggestion. M. Féré trouvera des points de comparaison entre les faits qu'il a rapportés et les faits publiés par M. Mesnet.

La proposition de fixation à l'ordre du jour de la prochaine séance de la question ayant trait à la communication de M. Féré est mise aux voix et adoptée.

Vertiges épileptiques. — Assassinat.

M. Legrand du Saulle donne lecture de l'observation suivante, qu'il a recueillie à l'Infirmerie spéciale des aliénés près le Dépôt de la Préfecture de police. Comme il est presque à la veille d'aller déposer devant la cour d'assises de la Sarthe, il sollicite, à l'occasion, l'avis de ses collègues.

René Nouaux, né le 30 septembre 1855, est cultivateur à Fyé ; il est de taille assez élevée et de constitution robuste. Il est médiocrement intelligent et a fréquenté les écoles jusqu'à l'âge de quatorze ans environ. Vers cette même époque, il aurait ressenti quelques éblouissements vertigineux.

A dix-sept ans, il a reçu un jour sur le sommet de la tête une pièce de bois et a été grièvement blessé. Dès que j'eus recueilli de lui cette particularité, je lui fis aussitôt couper les cheveux à l'endroit indiqué, et je constatai effectivement une cicatrice linéaire de cinq à six centimètres.

Depuis deux ou trois ans, il éprouvait parfois de grandes douleurs de tête et quelques secousses ; sa vue s'obscurcissait momentanément.

« Il me passait, me dit-il, un nuage ; je ne voyais presque plus rien, mais cela passait très vite. Quand cela me prenait en travaillant, je m'asseyais un instant, et puis je reprenais mon ouvrage. Quand j'étais dehors, à la chasse, par exemple, je marchais tout droit devant moi, et il m'est arrivé de me tromper de chemin, d'être tout hébété et d'avoir fait une ou deux lieues à travers champs, sans savoir où j'étais... On m'avait dit que j'avais des migraines. »

La signification si importante de ces malaises en appa-

rence fort légers était à peu près passée inaperçue, ou du moins avait été méconnue. On avait pu relever chez lui de grandes inégalités d'humeur et de caractère, et c'est ainsi qu'il avait paru tantôt emporté, menaçant et violent, et tantôt timide, taciturne et débonnaire. Mais le secret de ces deux physionomies différentes n'avait point été entrevu encore.

Le 23 septembre 1882, Nouaux est incorporé au 31e régiment d'artillerie, au Mans, en qualité de réserviste. Là, il souffre de la tête, est pris de peur à chaque instant et s'hallucine de la vue et de l'ouïe. Il croit voir un jour ses camarades déguisés en Zoulous, ayant le corps enveloppé d'un drap et portant une ceinture rouge autour de la tête. Il entend chuchoter auprès de lui; il croit qu'on le menace, qu'on en veut à sa vie, qu'on met sa tête à prix. Glacé d'épouvante, il tire son sabre et se met sur la défensive.

« Le premier qui se serait approché, dit-il, je l'aurais tué. » Son maréchal des logis chef entre, lui parle avec douceur et lui demande son sabre. Nouaux obéit et rend son arme.

Nouaux, qui pleure beaucoup, fait peu de service. Il a toujours peur qu'on ne lui fasse du mal. Deux de ses camarades placent son lit entre le leur, mais il n'en couche pas moins avec son sabre-baïonnette.

Le 8 octobre, il reçoit avec bonheur la visite de sa sœur, accompagnée de Poupart, son cousin et son fiancé. On va prendre un repas à l'auberge; mais il pleure, mange très peu et rapporte qu'il a peur, qu'il y a des jeunes militaires *que l'on fait passer au bleu* et qui disparaissent.

A la caserne, on le croit malade et on lui dit d'aller à la visite du médecin. Il s'y rend, mais il entend tenir autour de lui ce propos : « On lui fera comme aux autres... du tabac ! » Effrayé, il se sauve et ne consulte pas.

Parvenu au terme de ses vingt-huit jours, il a encore peur d'être pris ou d'être tué ; il craint de ne pas avoir son livret en règle, il se lamente, demande à l'un de ses camarades si ce n'est pas lui qui *lui a soufflé de la poudre dans l'oreille*, redoute d'être empoisonné, a peur des consommations qu'on lui offre et rentre enfin dans sa famille.

Le lendemain 21 octobre, il part pour la chasse, défend qu'on dise où il est, dans la crainte que l'on ne vienne l'arrêter, rencontre Poupart, son cousin et son futur beau-

frère, et refuse la consommation qui lui est offerte par ce dernier. « J'ai refusé, dit-il, parce que j'avais grand'peur. » Il rentre le soir un peu mouillé, se sèche auprès du feu, mange la soupe et attend, pour finir son repas, que sa sœur et Poupart soient arrivés d'un pays voisin où ils se sont rendus pour faire des achats, à l'occasion de leur prochain mariage. Les fiancés entrent, se mettent à table, et Nouaux, qui ne s'est point assis, prend son fusil, et, sans aucune provocation, fait feu deux fois sur Poupart, qui tombe foudroyé. On s'empresse autour de la victime, Nouaux est poussé dans la cour, regarde par une fenêtre, brise un carreau, rentre, s'empare d'un couteau qu'il avait affilé dans la journée, se précipite sur le cadavre de Poupart et lui enfonce son arme dans la gorge. Tout le monde s'enfuit, excepté le meurtrier. Nouaux reste seul une heure et demie en face de sa victime et n'a point la pensée de se dérober aux poursuites. Quelqu'un passe et il l'invite à boire un verre de cidre : « C'est pour la dernière fois, dit-il, ils sont allés chercher les gendarmes pour m'arrêter. »

A ce moment, Nouaux est-il sain d'esprit ou aliéné? Peut-il être considéré comme responsable de l'acte accompli?

M. le Dr de Paoli, de Mamers, a pensé que l'accusé jouissait de la plénitude de ses facultés intellectuelles et qu'il était responsable. M. le Dr Mordret, du Mans, a été d'avis que Nouaux pouvait être un alcoolisé chronique, un persécuté halluciné et impulsif, un fou dangereux et un irresponsable.

En ce qui me concerne, j'affirme que Nouaux est un vertigineux épileptique, ayant des périodes d'accès s'accompagnant d'hallucinations de la vue et de l'ouïe, d'idées de persécution, de craintes d'empoisonnement, de terreurs imaginaires et d'impulsions homicides soudaines, avec abolition partielle du souvenir.

Nouaux n'est ni un alcoolisé chronique, ni un aliéné permanent, ni un simulateur. Il est toujours de bonne foi, et, dans ses longues périodes de calme, de lucidité et de raison, il dit aussi bien ce qui pourrait être interprété contre lui que ce qui est de nature à lui être favorable. Il ne s'arrête que là où la mémoire lui manque et il dit alors : « Je ne sais pas... je ne me souviens pas. » Ses souvenirs lui retracent, par exemple, la scène subite des deux coups de feu tirés sur Poupart, mais il ne sait plus ce qui s'est passé

après. L'accès de fureur aveugle, pendant lequel il a coupé la carotide primitive droite du cadavre de sa victime, est pour lui lettre morte. Son clavier cérébral possède une note muette. Or, ce phénomène d'amnésie épileptique est aujourd'hui très connu (1).

D'autres particularités sont également biffées de sa mémoire ; le 11 octobre, par exemple, il a écrit à sa sœur une lettre de laquelle j'extrais ce passage :

« Je vais vous apprendre une mauvaise nouvelle. On m'a mis à prix. Celui qui me tuera aura 1,500 francs. J'ai entendu ça, c'est pourquoi je ne pense plus vous revoir. Je ne sais pas d'où ça part. Je ne me chagrine pas pour ça. Je me défendrai jusqu'à la fin... » Or, toutes les fois que l'on parle de cette lettre à Nouaux, il déclare que l'on doit se tromper, qu'il n'a pas écrit, qu'il ne se souvient pas.

Aucun signe physique et intellectuel ne trahit chez Nouaux des habitudes alcooliques. Comme la plupart des névropathes, il ne pouvait pas boire un ou deux verres de vin, sans souffrir de la tête, sans avoir des éblouissements, sans trembler beaucoup, sans passer une mauvaise nuit et sans être presque incapable de travailler le lendemain.

En dehors de ses vertiges et des troubles psychiques ou hallucinatoires qui les accompagnent ou les suivent, Nouaux ne présente aucune trace d'aliénation mentale. Il ne croit pas avoir d'ennemis, ne se plaint de personne et n'en veut à personne. Il y a cinq ans, il avait eu à la chasse une difficulté avec Poupart : tous deux avaient tiré sur le même lièvre, chacun croyait l'avoir tué et ce fut Poupart qui, au grand désappointement de son cousin, emporta l'animal dans sa carnassière. Mais de la dispute il ne resta vestige. Pendant ses vingt-huit jours, Nouaux loua même la générosité

(1) J'en ai encore observé un exemple des plus probants. Un garçon crémier assassine son meilleur camarade, rue Saint-Roch, à Paris, et, lorsque je l'interroge, il ne se souvient de rien, demande où il est, ignore ce qui s'est passé et ne se rend compte de rien. Il réclame la visite de son camarade et lui écrit une lettre très affectueuse. Il est tellement troublé et malade qu'on arrive à lui cacher le meurtre dont il est l'auteur. Cet épileptique, sous l'influence d'un traitement par le bromure de potassium, à l'asile Sainte-Anne, était tellement rétabli au bout de trente mois qu'il a pu être rendu à sa famille et reconduit dans la Haute-Saône.

de Poupart qui lui avait apporté le 8 octobre, au Mans, deux paquets de tabac et une somme de cinq francs.

Il n'y a pas lieu, en conséquence, de s'arrêter un seul instant à l'hypothèse d'un délire fixe, permanent et systématisé des persécutions.

Lorsque Nouaux a eu des vertiges, il lui est arrivé de s'halluciner de la vue et de l'ouïe, d'être affolé par la peur, de pleurer, de trembler, de se croire parvenu à l'heure dernière de sa vie et de se mettre sur une défensive armée qui n'était en somme, pour lui, qu'une sorte de protection légitime et nécessaire ; mais une fois que les hallucinations avaient disparu et que la peur n'existait plus, on ne retrouvait plus chez lui d'idées de persécution.

Le jour de l'attentat, entre trois et cinq heures environ, il a entendu au bourg de Fyé des hommes qui disaient : « On ne va pas le laisser s'en retourner, bien sûr. » Nouaux, déjà si perplexe et si ému, s'est rapidement éloigné, s'est cru poursuivi bientôt par sept ou huit hommes, s'est mis à courir à travers les champs, s'est un peu égaré dans sa fugue inconsciente et a fini par rentrer chez lui. On ne sait que trop ce qu'il y a fait !

L'ordre de succession des phénomènes morbides est donc le suivant : 1° secousses, céphalalgie, puis vertiges ; 2° angoisses, pleurs, sanglots, hallucinations des sens, peurs sans motifs, fugues possibles ; 3° idées de persécution, terreurs imaginaires, impulsions pathologiques soudaines ; 4° abolition partielle du souvenir, absence de regrets.

La résultante scientifique de toutes les pièces du dossier est mathématiquement contenue dans cet ordre de succession.

Il y a six semaines, à son arrivée à l'infirmerie spéciale des aliénés près le dépôt de la préfecture de police, Nouaux était très fatigué et réellement souffrant A Chartres, on l'avait, a-t-il dit, laissé quarante heures sans aliments et sans pain, et il s'était ému tout naturellement de cet acte révoltant de barbarie. Il pleurait, avait peur, croyait qu'on allait le mettre à mort et présentait une attitude perplexe tout à fait étrange. Sous l'influence de soins appropriés, il se remit assez vite. Je portai alors le diagnostic que l'on sait, et je me gardai bien de lui prescrire du bromure de potassium, car ce médicament aurait pu tout à fait masquer son état.

Nouaux, surveillé jour et nuit, à tous les instants, ne

s'est jamais démenti. Il a été calme, doux, poli, bien portant; il s'alimentait bien et dormait parfaitement. Ses réponses sur tous les détails relatifs à son affaire ont toujours été invariablement les mêmes. Il était cependant facile de prévoir qu'il aurait un jour ou l'autre des accidents significatifs. Je les attendais et ils se sont effectivement produits.

Le 10 mai 1883, Nouaux est triste; il pleure, se sent la *tête lourde*: mange à peine, craint de ne plus retourner dans son pays et de ne plus revoir sa mère et sa sœur. En ma présence, il a une secousse subite (bras et épaule gauches). On l'envoie à la promenade; il rentre, ne parle pas, verse d'abondantes larmes et pousse des sanglots. Le soir, il se plaint beaucoup de la tête, se couche, et d'après le rapport du veilleur, il n'a pas dormi un seul instant; il a constamment pleuré et gémi. Il paraissait désespéré.

Le 11 mai, il entre très pâle dans mon cabinet; il est tout bouleversé et lance sur moi ce regard tragique si spécial aux épileptiques en proie à des accès. Il me répond à peine quelques mots est demi-hébété et ne comprend à peu près rien de ce que je lui dis. Il a plusieurs secousses devant moi, finit par avouer qu'il en a eu beaucoup dans la nuit, qu'à un moment donné il ne savait plus où il était et qu'il *a un peu peur tout de même*. Sa langue est très blanche. Je lui prescris un purgatif.

Le 12 mai, Nouaux est frais, dispos, souriant; il revient très gai de la promenade, cause longtemps avec moi, mange bien, dort parfaitement. Il est très lucide et ne pleure plus. Le 13 mai, je cherche à obtenir quelques paroles de regret, mais je n'y parviens pas. Nouaux est indifférent, insouciant, égoïste, complètement dépourvu de sentiments affectifs et incapable de prononcer un seul mot de pitié au sujet de sa victime.

Le criminel a souvent des attendrissements et des repentirs qui touchent et émeuvent. L'épileptique est d'une sécheresse implacable. Que d'exemples analogues n'ai-je pas rapportés (1) !

Le 14 mai, Nouaux est un peu larmoyant. A son réveil, il a eu mal à la tête. Son langage est un peu diffus. Aurait-il

(1) Legrand du Saulle, *Etude médico-légale sur les épileptiques*, Paris, 1877.

eu quelques manifestations vertigineuses nocturnes? Je lui annonce qu'il va retourner au Mans, et il ne témoigne ni surprise, ni plaisir, ni mécontentement. Il a si peu conscience de sa situation et il se préoccupe si peu de son avenir!

En résumé :

1° Nouaux est un épileptique vertigineux, avec hallucinations temporaires, délire momentané par accès et impulsions extrêmement dangereuses ;

2° Le 21 octobre 1882, il était affecté d'un grand trouble de la raison et ne jouissait aucunement de sa liberté morale ;

3° Dans mon opinion, il devrait être séquestré dans un établissement spécial d'aliénés.

M. Le Président félicite M. Legrand du Saulle au sujet de sa communication. M. Motet a vu le malade en question et partage absolument l'avis de M. Legrand du Saulle.

M. Legrand du Saulle demande à M. Magnan s'il se souvient des détails concernant un malade qu'ils ont vu l'un et l'autre et qui présentait le fait d'amnésie complète sur certains points déterminés, alors qu'il y avait souvenir de certains autres faits; il s'agissait d'un jeune crémier de dix-sept ans qui, un soir, avait tué son jeune camarade. Quelque temps après, M. Legrand du Saulle voit le jeune homme qui ignorait complètement l'acte qu'il avait commis.

M. Magnan. — Ce malade était un vertigineux dès l'enfance; c'était un épileptique pur sans conceptions délirantes; fréquemment, il renversait sans s'en douter ses pots de lait, ce dont il s'apercevait en revenant à lui; il avait eu des vertiges le jour où il a tué son camarade et, une fois l'acte commis, il eut un délire maniaque de dix-sept jours, suivi d'une amnésie totale des faits relatifs à son affaire.

Quant au sujet en question dans la communication de M. Legrand du Saulle, qu'était-il avant d'avoir commis cet acte? C'était un individu en proie à des préoccupations tristes, des idées de persécution ; on trouve chez lui une série de faits se reliant en un groupe commun, homogène; de plus, la préoccupation éprouvée par un épileptique par l'idée de la venue prochaine de sa crise peut déterminer des actes impulsifs, soit un suicide, soit un acte analogue à celui qui a été commis.

M. Lunier. — Il y a deux individus dans le malade de M. Legrand du Saulle, le vertigineux avec l'amnésie du

vertige et le persécuté gardant le souvenir de ses idées de persécution et de tout ce qui y est de relatif; il y aurait ainsi deux états successifs chez le même individu.

M. Falret. — Chez des épileptiques, il y a des amnésies propres à certaines périodes, puis retour de la mémoire pour une autre période, mais la perte de souvenir est moins caractéristique que dans le somnambulisme ; souvent l'épileptique est comme dégrisé après l'acte et le souvenir lui revient.

M. Lunier. — Le fait que Nouaux a aiguisé un couteau semble indiquer un persécuté qui prépare une vengeance et cette préparation pourrait être invoquée contre le fait du vertige.

M. Motet. — Mais ce fait d'aiguiser un couteau peut aussi bien être rattaché à tout délire faisant naître la crainte d'un ennemi, cet ennemi fût-il imaginaire; rien ne prouve que le couteau ait été aiguisé à l'intention de la victime.

M. Magnan. — Il y a là une dualité clinique associée chez le même individu.

M. Motet rapporte le fait d'un individu arrêté à l'occasion d'un vingt-troisième incendie allumé dans le même village et à peu près dans les mêmes conditions; et c'était bien lui l'auteur des vingt-deux autres. C'était un épileptique vertigineux; chez lui l'impulsion pyromane était en permanence, mais elle n'augmentait au point de faire commettre un délit de ce genre que sous l'influence d'un appoint d'alcool. Le gardien qui le surveillait dans sa cellule entendit une nuit le bruit d'une chute et trouva l'épileptique à terre dans un état d'immobilité complète ; il le remit dans son lit comme une masse. Quelques minutes après, il pouvait parler, mais ne se rappelait pas sa chute. Interrogé le lendemain, il se rappelait avoir vu de la paille, du foin qui flambait et avoir entendu des voix qui disaient : « Cela ne flambera pas, » et depuis, oubli complet de ce qui s'est passé à la suite.

Sur les 23 incendies, 15 ont eu lieu le dimanche soir et par le même procédé; c'étaient des incendies de granges, de hangars, de tout endroit présentant des brins de paille ou de foins, faciles à allumer.

La séance est levée à six heures.

Charpentier.

SÉANCE DU 25 JUIN 1883.

Présidence de M. MOTET.

Lecture est donnée du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

Le dépouillement de la correspondance imprimée comprend :

1° 5 brochures adressées par le Dr Seppilli d'Emilio Reggio :

1° *Étude sur les réflexes tendineux chez les aliénés*;

2° *Étude de la grande hystérie chez l'homme*;

3° *Du myxœdème ou cachexie pachydermique*;

4° *Réflexes tendineux dans les maladies nerveuses et les phrénopathies*;

5° *Paralysie générale progressive chez la femme.*

Ces travaux sont extraits de la *Rivista sperimentale di frenetria*, etc.

2° Le tôme VII des *Bulletins de la Société de médecine légale* comprenant les principaux sujets suivants : Vol aux étalages; Note sur l'état mental de Guiteau, par M. Lutaud; De la paralysie générale au point de vue des assurances sur la vie, par M. Hanot.

3° Le mémoire de M. Mordret couronné par l'Académie de médecine *sur la folie à double forme, folie circulaire, folie alterne.*

4° Le *Bulletin* du manicome de Fleurent.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre annonçant que le Dr J.-B. Petit, médecin en chef du quartier des aliénés de l'hospice de Nantes, membre correspondant de la Société médico-psychologique a succombé le 8 juin à une courte maladie.

2° Une lettre de remerciements adressée par M. Ballet, nommé membre titulaire de la Société médico-psychologique.

3° Une lettre de remerciements de M. Rougé, nommé membre correspondant.

4° Une lettre du président de l'*Association française pour*

l'avancement des sciences annonçant que l'Association se réunira du 16 au 23 août 1883, à Rouen, et invitant la Société médico-psychologique à s'y faire représenter.

M. Motet, président, accepte de représenter la Société médico-psychologique en cette circonstance.

M. Luys présente à la Société, au nom de M. le Dr Descourtis et à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire de la Société médico-psychologique, sa thèse inaugurale sur le fonctionnement des opérations cérébrales.

Ce travail est un résumé complet de toutes les études qui ont été faites dans cette direction; il présente des aperçus nouveaux dans le domaine du mécanisme des névropathies et au point de vue de la pathogénie; il est destiné à jouer un rôle important sur toute cette série de questions médico-psychologiques qui touchent au domaine de la pathologie nerveuse. Je tiens à rappeler la date de cette publication qui est antérieure, de plus d'une année, aux publications qui ont été faites à ce sujet dans ces derniers temps et qui ne paraissent pas en avoir tenu compte : je tiens donc à établir la priorité de ces recherches et surtout la façon consciencieuse dont ce travail a été accompli.

M. Magnan fait observer qu'il a présenté des recherches sur ces sujets, notamment à la Société de biologie, bien avant la thèse de M. Descourtis.

M. le Président témoigne à M. le professeur Ball, nommé membre titulaire de l'Académie de médecine, toute la satisfaction de la Société médico-psychologique à l'occasion de sa nomination.

M. Ball remercie la Société et lui exprime combien il est heureux d'être compté au nombre des membres qui représentaient déjà si brillamment la Société médico-psychologique à l'Académie de médecine.

La statue de Pinel.

M. le Président désirerait savoir si les travaux relatifs à la statue de Pinel sont terminés et vers quelle époque le monument pourra être mis en place?

M. Legrand du Saulle. — On travaille en ce moment aux deux statues en pierre — la Science et la Bienfaisance — qui orneront le piédestal. Ces deux statues seront terminées au mois d'août prochain ou de septembre. Quant au piédestal lui-même, j'ai obtenu de M. le Préfet de la

Seine qu'il serait construit par la Direction des travaux de la ville de Paris, avec la subvention de 4,500 francs précédemment votée par le Conseil municipal. Le plan de l'architecte désigné n'a pas complètement reçu l'approbation de la commission des bâtiments civils et une nouvelle étude a été réclamée.

Il est question, d'autre part, de modifier l'emplacement définitif du monument, sur la place de la Salpêtrière, par suite d'un projet de square qui est en préparation. La Ville de Paris placerait alors la statue de Pinel au milieu même de ce square. Sans doute, le projet de conversion de la place de la Salpêtrière en un square est une très heureuse idée, et j'estime que l'administration générale de l'Assistance publique ne doit pas être étrangère à cette combinaison, mais je redoute beaucoup les lenteurs administratives. Si j'obtiens un point défini pour placer le monument, je ferai hâter le piédestal et je ferai mettre en place le magnifique groupe de *Pinel brisant les fers des aliénés*. La ville de Paris construirait ensuite un square, à son heure.

N'ayant pas trouvé, à mon grand étonnement, un appui matériel suffisant auprès des médecins aliénistes français et étrangers, je suis bien obligé de compter avec les pouvoirs publics et notamment avec l'administration municipale, dont le concours généreux m'a si peu fait défaut.

L'œuvre est achevée et sera conduite à bien. Elle honorera à jamais une mémoire illustre et elle sera, à travers les âges, la glorification de la Société médico-psychologique.

Affaire Nouaux.

M. LE PRÉSIDENT prie M. Legrand du Saulle de vouloir bien faire connaître à la Société le résultat de l'affaire Nouaux, devant la cour d'assises de la Sarthe.

M. LEGRAND DU SAULLE. — Le malade dont j'ai eu l'honneur de vous communiquer l'observation dans la dernière séance, a comparu le 13 juin devant les assises, au Mans. Trois médecins, au nombre desquels je me trouvais, ont conclu nettement à l'irresponsabilité totale de l'accusé, mais un quatrième médecin, M. le Dr de Paoli, médecin de la prison de Mamers, n'a pas hésité à conclure, avec les accents de la plus robuste et de la plus énergique conviction, à l'absence chez Nouaux de toute cause morbide d'atté-

nuation et à la responsabilité complète. Un débat contradictoire à la barre s'en est suivi, entre M. de Paoli et moi, et nous avons apporté l'un et l'autre, pendant fort longtemps, des arguments en faveur de notre manière de voir. La cour, les jurés, le ministère public et la défense se sont effacés en quelque sorte et ont attentivement suivi toutes les phases de la discussion scientifique, qui a été très intéressante, émaillée de faits analogues et empreinte de la plus grande courtoisie.

Malgré l'incontestable talent déployé par M. de Paoli, à l'appui de sa thèse, Nouaux a été déclaré non coupable et acquitté.

Rapport de candidature.

M. Charpentier. — Messieurs, je viens au nom d'une commission, composée de MM. Legrand du Saulle, J. Voisin et Charpentier, rapporteur, vous lire le rapport sur la candidature de M. Féré.

La haute fonction à laquelle M. Féré a été désigné en qualité de médecin adjoint à l'infirmerie spéciale des aliénés près la préfecture de police, la communication que M. Féré vous a lue tout récemment, communication d'un si puissant intérêt que vous avez jugé à propos d'en faire figurer le sujet à notre ordre du jour, de telles considérations pourraient en quelque sorte nous dispenser de parler du candidat déjà bien connu de chacun de vous. Mais comme ce titre et ce travail ne sont que la sanction légitime, que le développement naturel de ses nombreuses recherches antérieures, nous vous demandons la permission de vous retracer celles-ci, quelque incomplet que soit notre exposé. Et il le sera forcément, car le nombre des travaux de M. Féré est si considérable, leur variété comme objet d'étude est si diverse que nous avons été obligé de faire un choix parmi eux, en nous bornant à vous entretenir de ceux qui concernent les maladies nerveuses et en particulier l'aliénation mentale.

Vous dire que de 1875 à 1882, M. Féré a fourni à la société anatomique 88 présentations de pièces pathologiques recueillies dans les amphithéâtres d'autopsie des services auxquels il a été successivement attaché, suffit pour vous donner une idée de son zèle infatigable, et de la persévérance opiniâtre qu'il a apportée dans ses investigations.

Au début de sa carrière scientifique, les travaux de M. Féré sont des travaux d'anatomie pathologique et des travaux de chirurgie, mais déjà apparaissent spécialement des présentations de pièces pathologiques concernant des déformations crâniennes, des altérations séniles des pariétaux, des ossifications anormales des os du crâne, des bosses occipitales irrégulières, des céphalématomes et des ecchymoses sous épicrâniennes, non plus attribuées comme autrefois à des vices dans le mécanisme de l'accouchement, mais bien à des arrêts de développement dans les irradiations des fibres osseuses, également des anomalies dans la situation du sillon de Rolando, dans la symétrie des hémisphères cérébraux, dans les circonvolutions et leurs plis de passage, des dédoublements des circonvolutions frontales moins rares qu'on ne l'avait cru, et non caractéristiques de la criminalité comme on l'avait supposé.

Ces recherches font déjà entrevoir que les sciences biologiques avec leurs lois du développement entraînent et détournent le chirurgien au détriment de la chirurgie, il est vrai, mais au bénéfice des recherches cérébro-crâniennes, recherches que, depuis, M. Féré a consignées dans les bulletins de la Société de biologie, dans les *Archives de physiologie* et dans la *Revue d'anthropologie*. Des procédés de coupe du crâne permettant d'enlever à la fois crâne et cerveau sans léser ni l'un ni l'autre; des recherches à l'aide de fiches implantées à travers les os du crâne sur les rapports comparatifs de développement entre le crâne et le cerveau, sur la topographie crânio-cérébrale chez l'homme, chez les anthropomorphes et chez les singes inférieurs, sont les résultats des nouvelles tendances d'esprit de M. Féré. Et cependant, ses travaux de chirurgie étaient très estimés, son travail notamment sur le cancer de la vessie lui avait valu le prix Civiale en 1880. Toujours est-il que, devenu interne de M. Charcot en 1881, M. Féré appliqua plus directement ses forces vers l'étude du système nerveux au point de vue anatomo-pathologique et clinique. Réellement apprécié par son maître qui avait su l'inspirer, il fut nommé en 1882 préparateur à la clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière. C'est alors qu'il soutient sa thèse inaugurale sur un sujet des plus difficiles, sur les troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales, troubles fonctionnels consistant en amblyopie et quelque-

fois en hémianopsie, opinion défendue par M. le professeur Charcot contre la théorie longtemps régnante de de Graefe, consistant à affirmer que l'hémianopsie était le seul défaut visuel qui pût être observé dans les lésions cérébrales. Grâce aux nombreux faits cliniques et anatomo-pathologiques consignés dans la thèse de M. Féré, l'existence de l'amblyopie d'origine cérébrale est aujourd'hui nettement établie, reconnaissant pour cause ordinaire une lésion ou un trouble perturbateur de la région du carrefour sensitif. Cette thèse a d'ailleurs valu à son auteur une médaille décernée par la Faculté.

Depuis, les travaux de M. Féré ont trait plus spécialement aux maladies nerveuses. Nous ne vous parlerons pas des leçons cliniques de la Salpêtrière que M. Féré a recueillies et publiées dans le *Progrès médical* de ces deux dernières années. Nous nous bornons à ses études sur les troubles nerveux chez les diabétiques, sur le vertige de Ménière, sur la migraine ophtalmique et principalement sur les hystériques. Ces travaux ont été publiés soit dans la *Revue de médecine mensuelle* dont l'auteur est un des collaborateurs assidus, soit dans les *Archives de neurologie*, et les collaborateurs de cette importante publication savent combien ils sont redevables au secrétaire de la rédaction.

L'étude des troubles nerveux chez les diabétiques est un résumé complet et concis de tous les troubles moteurs, sensitifs et intellectuels déjà décrits antérieurement. Une large place est réservée aux troubles de la vue si fréquents chez ces malades.

Le vertige de Ménière, cette maladie dont certaines formes phénoménales sont si sujettes à confusion avec certaines espèces d'épilepsie que leur diagnostic constitue l'une des plus puissantes affirmations de la valeur du clinicien qui les reconnaît, cette maladie est nettement décrite par M. Féré avec les troubles auriculaires, les vertiges, les grands accès accompagnés de chute, parfois de perte de connaissance, nausées et vomissements, avec sa sensation de situation instable, ses mouvements giratoires et de culbute et ses paroxysmes; elle est aussi fructueusement étudiée, avec observations de guérison à l'appui, au point de vue du traitement imaginé et institué par M. le professeur Charcot : administration intermittente, mais néanmoins prolongée du sulfate de quinine à haute dose.

Dans la migraine ophtalmique sont très bien exposés le scotôme scintillant, découpé en forme de couronne de fortification, précédant la douleur céphalique, les formes frustes ou dissociées, les complications d'aphasie transitoire ou permanente, les troubles sensitifs, les attaques apoplectiformes et les terminaisons parfois si graves, puisque M. Féré nous cite des cas de terminaison par paralysie générale, ou par des troubles mortels analogues à ceux de la pseudo-paralysie bulbaire par lésion cérébrale bilatérale.

Enfin, dans une série de notes pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie, M. Féré fait preuve de toute sa compétence sur le terrain clinique et expérimental de l'hystérie. Une forme particulière de la 2e période de l'attaque pendant laquelle la malade roule autour d'un axe longitudinal, au lieu de s'infléchir et de s'étendre, comme c'est le cas habituel, autour d'un axe transversal passant par l'ombilic, fait l'objet d'une première note.

Une seconde note contient la relation d'un zona hystérique développé sur le trajet des nerfs qui ont leur origine au niveau de la zone hystérogène dorso-lombaire, zona coïncidant avec l absence d'attaques pendant sa durée.

Une troisième note contient l'observation d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé chez une hystérique, permettant de conclure que l'élément douleur rhumatismale n'a pas modifié l'anesthésie hystérique et que le mouvement fébrile n'a exercé non plus aucune influence sur l'élément spasmodique.

Les véritables qualités de l'observateur dans ce domaine de l'hystérie, apparaissent surtout dans la 5e et 6e note. L'état de la pupille rétrécie rapidement dès le début de la période tonique, dilatée au contraire dès l'apparition des mouvements cloniques et pendant la phase du clownisme, dilatation ramenée aux dimensions normales par la compression ovarienne, cet état de la pupille fait ressortir l'importance qu'acquiert ce symptôme au point de vue de la simulation.

Mais si la simulation en hystérie est à redouter, c'est surtout au point de vue de la constatation des symptômes pendant les hallucinations provoquées; car quelques faits prouvent que certains individus peuvent volontairement, par un mécanisme indirect, il est vrai, ou sous l'influence

de l'imagination, contracter ou dilater leurs pupilles. Aussi, M. Féré, en garde contre ces causes d'erreur, par l'interposition ingénieuse d'un prisme optique, à l'insu de la malade, entre l'endroit où est rapporté l'objet vu par l'hypnotisée et ses yeux, M. Féré a constaté que, dans ces cas, ses malades voyaient l'objet double, voyaient deux objets au lieu d'un et que constamment l'image fausse était placée conformément aux lois de la physique, lois dont ses malades ne pouvaient se douter non plus que des propriétés du prisme.

Enfin, dans une dernière note ayant pour but de démontrer que la douleur dite ovarienne des hystériques a bien pour siège l'ovaire, M. Féré a mis à profit l'observation de deux malades hystériques en état de grossesse et accouchées dans le service de M. le professeur Charcot, chez lesquelles, avant, pendant et après l'accouchement, la douleur ovarienne avec ses effets par la compression a manifestement accompagné comme siège le mouvement d'ascension et de descente physiologique de l'ovaire dans ces conditions.

En résumé, esprit positif, fortifié par une saine éducation chirurgicale, ouvert aux études biologiques, c'est-à-dire à l'avenir, néanmoins habitué dès longtemps à soumettre les théories au contrôle du fait anatomique, ayant abordé non sans vigueur et talent l'étude délicate des maladies nerveuses, ayant pénétré déjà loin dans l'étude de l'hystérie, cette commensale de l'aliénation mentale, M. Féré nous paraît réunir en lui toutes les qualités que nous avons coutume de rechercher dans notre Société.

En conséquence, votre commission, Messieurs, a l'honneur de vous proposer de nommer M. Féré, membre titulaire de la Société médico-psychologique.

M. Féré nommé à l'unanimité membre titulaire de la Société médico-psychologique adresse ses remerciements à la Société.

La question de l'hérédité morbide devant les cours d'assises.

M. Legrand du Saulle. — Je désire appeler un instant votre attention sur une véritable difficulté, en matière de médecine légale, sur un péril possible, à un moment donné. Toutes les fois que j'ai eu à déposer devant une cour d'assises sur l'état mental d'un accusé, fils d'un aliéné, j'ai invariablement suscité une série de questions, d'observations ou de réflexions, aussi inattendues que passionnées

parfois. Toucher à l'hérédité, c'est impressionner, plus ou moins désagréablement, toutes les personnes qui écoutent la déposition du médecin. Nous ne savons pas devant qui nous parlons, en général, et nous entrons quelquefois dans des détails qui viennent tout à coup à irriter, à inquiéter d'insouciants descendants d'épileptiques, de fous ou de suicidés. Un seul homme nous est connu, c'est l'accusé; et, tout en cherchant à le faire bénéficier dans une certaine mesure des hasards malheureux de sa naissance, ne devons-nous pas ménager une situation digne d'égards ou ne pas faire entendre de trop durs pronostics? Je le crois, mais c'est très difficile.

Des magistrats ou des défenseurs m'ont parfois posé à la barre les plus imprudentes questions. Il m'a fallu alors ne point déserter le terrain et faire un résumé des lois les plus connues et les moins contestées de l'hérédité pathologique. Je n'ai jamais satisfait personne. Les hommes, étrangers à la science médicale, nient ou exagèrent l'hérédité, selon la tournure habituelle de leur esprit, selon leur degré d'ignorance et selon les circonstances particulières de leur propre généalogie. Or, il est difficile de convaincre quelqu'un qui ne sait pas, qui n'est pas désireux de savoir ou qui a surtout intérêt à ne pas savoir.

Voici cependant, en évitant toutes les données hypothétiques et en condensant simplement quelques vérités déjà bien connues, ce qui peut être soutenu, sans trop amener de froissements : « Le rôle de l'hérédité est de mélanger, de combiner les éléments paternel et maternel pour y puiser les éléments du produit. Lorsque l'hérédité est accumulée, lorsqu'elle est à facteurs convergents, c'est-à-dire lorsque le père et la mère sont aliénés, l'évolution de l'aliénation mentale dans la descendance suit une marche progressive qui précipite rapidement les produits au dernier degré de dégénérescences physiques et intellectuelles. C'est dans ces conditions que naît l'idiotie. Mais lorsque l'hérédité est à facteurs divergents, c'est-à-dire lorsqu'un seul des ascendants est aliéné, il résulte de la fusion, de la combinaison des éléments paternel et maternel, des états extrêmement variables selon le degré et la dose de l'imprégnation morbide ; si bien qu'au lieu de progresser toujours davantage dans le sens des dégénérations, les enfants

peuvent au contraire remonter vers l'intégrité physique et intellectuelle.

» L'hérédité, en d'autres termes, agit suivant la puissance des facteurs. Progressive si les facteurs sont convergents, elle peut s'amoindrir et perdre son influence si les facteurs sont divergents. Mais ce qu'il importe de bien savoir, c'est que l'hérédité morbide ne reste pas stationnaire. Elle évolue tantôt vers le mal, tantôt vers le bien. Si son influence est combattue par l'hygiène, par l'infusion d'un sang nouveau, elle tendra à s'éteindre; si, au contraire, elle est accumulée, progressive, elle créera des états morbides de plus en plus graves et amènera promptement l'extinction de la famille qu'elle frappe. »

Ces quelques propositions générales peuvent suffire, je crois, pour faire comprendre le véritable rôle de l'hérédité. Je ne sors plus de là maintenant et je rentre aussitôt dans l'examen du cas particulier. Il faut toujours éviter les questions générales devant les tribunaux, car elles prêtent trop à la discussion. Si nous sommes attirés sur ce terrain mouvant, il faut s'empresser de prendre dans l'examen de la question générale des applications au cas particulier dont il s'agit, à l'espèce qui nous a été soumise, à l'accusé dont le sort se discute. Là, le médecin redevient clinicien et nul n'est aussi compétent que lui et ne mérite davantage d'être cru sur parole.

Même ramenée à une simplification élémentaire, la question de l'hérédité morbide peut devenir une cause d'embarras devant une cour d'assises. C'est là le seul point que j'ai voulu effleurer en passant.

M. Falret. — L'hérédité est un indice, mais ne suffit pas pour fournir une circonstance atténuante; elle doit être jointe à l'observation du malade, des signes, des stigmates, ce qui rentre dans une question d'espèces,— l'expert reste dans l'espèce.

M. Legrand du Saulle. — L'expert reste dans l'espèce et il doit y rester, c'est vrai; mais le ministère public et les avocats généralisent toujours dans les questions qu'ils posent à l'expert.

M. Falret. — On est fondé quand de justice on vient invoquer l'évolution de l'individu lui-même; mais le fait opposé existe chez des fils d'aliénés, qui eux sont exempts d'aliénation; d'ailleurs en raison de l'hérédité, le

développement de la folie est souvent plus précoce, et de plus cette hérédité latente peut rendre l individu plus faible, moins apte à délibérer et à choisir. M. Falret cite l'exemple d'un femme, morte à soixante-cinq ans, devenue épileptique dans ses derniers années seulement ; en recherchant dans ses ascendants, on retrouva l'hérédité et en outre l'autopsie permit de constater des anomalies congénitales qui étaient restées par conséquent latentes pendant de très longues années ; il y a donc lieu, en se fondant sur l'hérédité, à invoquer l'indulgence des jurés.

M. Motet. — Les préoccupations de M. Legrand du Saulle sur cette question sont vives et légitimes ; il y a partage entre une conviction scientifique profonde chez l'expert et entre le sentiment des égards dus aux magistrats, au public, à l'accusé lui-même, vis-à-vis desquels l'expert doit observer une certaine réserve. Quelles que soient ces difficultés, elles ne doivent pas nous faire abandonner le terrain scientifique bien net de l'influence héréditaire, surtout si cette influence se joint, comme l'a bien dit M. Falret, à la constatation des stigmates individuels. Le médecin a le droit alors d'invoquer une large atténuation. Il est d'ailleurs impossible de formuler une opinion absolue, puisqu'il n'y a pas de faits absolus.

M. Delasiauve. — Toutes les questions qui touchent à la médecine légale des aliénés sont très délicates. Certes s'il est bon, avant tout, de s'appuyer sur des principes bien déterminés, on ne saurait méconnaître non plus les incertitudes qui peuvent naître des circonstances souvent obscures des cas particuliers. Le fait que vient de nous soumettre M. Legrand du Saulle en est un exemple et l'on ne peut qu'approuver la sage réserve dont est empreinte son appréciation.

Un point, notamment, motive de fréquents scrupules; c'est celui relatif à l'hérédité. Tel a commis un délit ou un crime. Suffit-il qu'il compte des aliénés dans sa famille pour être déclaré irresponsable ou obtenir le bénéfice des circonstances atténuantes? Tel autre veut contracter une alliance. Est-il sage de l'en détourner quand même? Loin de nier l'importance de cette considération, nous sommes, avec presque tous nos collègues, très enclin à en tenir compte.

Néanmoins, il n'y a rien d'absolu, et peut-être, cédant

à une préoccupation facile, y aurait-il exagération à se prononcer sans un examen rigoureux. La folie n'est pas exclusivement héréditaire. Il se peut, d'autre part, que, dans la parenté, il y ait des coïncidences fortuites. Les causes de cette aliénation, l'époque à laquelle elle s'est déclarée ont aussi leur signification. On conçoit, en effet, que si, chez le père et la mère d'un suspect ou d'un délinquant, le trouble mental, postérieur à la naissance de ce dernier, était dû, soit à une violence physique ou à une forte émotion morale, il perdrait beaucoup de sa valeur, surtout au cas où l'intéressé n'offrirait aucun indice d'irrégularité nerveuse ou morale.

Deux fois entre autres, j'ai été consulté pour un mariage. La première par un médecin de province. Il s'agissait d'une jeune fille dont le père avait été épileptique. Ses accès continuaient-ils ? S'étaient-ils déclarés avant ou après la naissance de l'enfant ? à quoi les attribuait-on ? y avait-il soupçon de prédisposition héréditaire ? Evidemment, si, lorsque sa fille naquit, le père n'avait point eu d'attaques nerveuses, si celles-ci se justifiaient par des causes palpables, si, d'ailleurs, la jeune fille se portait bien, l'opinion du médecin ne pouvait être que favorable. Quelle issue? Je n'en ai point été informé.

Le second cas concernait le fils d'une de mes malades, bien doué sous tous les rapports. En honnête homme, son père prévint la famille et voulut qu'on me consultât. La maladie, ne paraissait point héréditaire, mais, d'après renseignements pris, le mal était antérieur de trois ans à la naissance du jeune homme. Exposer l'état de la science, cette indication je la remplis. L'union se fit. Longtemps déjà après, rien de fâcheux n'était parvenu à ma connaissance.

Une demoiselle de vingt-deux ans, d'un esprit très distingué, éprouve des scrupules au moment de se marier. On m'appelle en consultation, il y a près de trois ans. Les convenances étaient parfaites des deux parts. Mais l'infortunée, en proie depuis deux mois à une fascination morale (pseudo-monomanie) dont elle avait conscience, s'alarme de la terrible responsabilité qui va lui incomber. Le pire c'est que, pendant plusieurs mois, vers seize ans, elle avait ressenti des symptômes analogues. Sur mes conseils, l'ajour-

nement eut lieu, et je ne sache pas que le mariage se soit accompli depuis.

Toutefois, point d'hérédité. Il n'en est pas de même dans la circonstance suivante. Je soigne, il y a quatre ans, un jeune collégien de douze à treize ans, pour des accidents nerveux très variés. Le père avait succombé à une véritable affection mentale. De plus, une sœur mariée recevait des conseils d'un aliéniste distingué. Mon malade, après maintes vicissitudes, se trouve assez bien au bout de deux ans pour reprendre ses études (il avait eu des leçons à domicile). Mais il reste une sœur. La mère, pleine de sollicitude, se demande si elle doit céder aux sollicitations. Les postulants ne manquent pas. Je ne puis que lui exprimer mes propres appréhensions. Une lettre de part m'a averti, il y a plusieurs mois, que la malade avait succombé. A la lettre, la maman avait ajouté quelques mots. La sœur continue à être parfaitement bien portante.

Ainsi, quelles qu'elles soient, les solutions impliquent généralement l'analyse minutieuse des faits individuels.

Huit mille attaques épileptiques chez une jeune fille.

M. Legrand du Saulle. — J'ai récemment observé à la Salpêtrière un cas tout à fait insolite et à peine vraisemblable. En quelques mots, le voici : Rosa G... âgée de quinze ans, entrée l'an dernier dans mon service, n'avait jamais éprouvé que des accès convulsifs très rares. Orpheline, charitablement recueillie par une maîtresse de pension, on n'avait jamais pu nous donner sur elle que des renseignements insuffisants, tout en nous laissant soupçonner de vicieuses habitudes. Assez grande, jolie, bien développée, menstruée depuis dix-huit mois, elle s'habillait et se peignait avec coquetterie. Au premier abord, elle avait l'aspect d'une hystérique.

Au mois de janvier dernier, Rosa G... fut prise de céphalalgie, de vomissements et de constipation. Son pouls s'éleva et se maintint à 130 ; sa température resta normale. Je pensai d'abord à une méningite tuberculeuse, mais bientôt des crises convulsives d'une durée de huit à vingt secondes, débutant par un petit cri, se montrèrent en nombre tellement considérable que j'instituai auprès de la jeune malade tout un service permanent de garde et de surveillance, jour et nuit. Dans l'espace de vingt jours, on arriva à compter huit mille attaques... et l'on ne compta plus ! Dès

que les crises subintrantes subissaient un temps d'arrêt de quelques secondes ou de quelques minutes, on administrait immédiatement du bouillon, du lait, du chocolat ou du vin.

A différentes reprises, je prescrivis 8 et 10 grammes de bromure de potassium, puis le chloral, le sulfate de quinine, les injections de morphine, et je n'arrivai absolument à rien, pas même à déterminer deux heures de sommeil. La jeune malade conservait une demi-conscience de son état, ne perdait pas sa fraîcheur et ne dépérissait point. Un jour cependant, la trouvant dans un état voisin de l'épuisement, je formulai une potion contenant 15 grammes de bromure de potassium et je recommandai que l'on donnât une cuillerée à bouche de cette potion de vingt minutes en vingt minutes. Le soir même, à huit heures, les attaques cessèrent. La malade but un verre de lait et s'endormit. Le lendemain matin, elle était prostrée, demi-hébétée, mais ne souffrait pas. Je ne tardai pas à baisser progressivement la dose du bromure de potassium et à la faire descendre à 7 grammes 50 centigrammes par jour. Au-dessous de ce chiffre, même aujourd'hui encore, les attaques réapparaissent.

En moins de huit jours, Rosa G... se rétablit, reprit toutes ses habitudes et put prendre part, avec la plus grande gaîté, au bal costumé que donne habituellement l'administration de la Salpêtrière, le jour de la mi-carême.

Rosa G... n'est point ovaralgique et n'a point de zones hystérogènes. La brièveté des crises convulsives et le cri initial étaient bien de nature comitiale, et il n'est pas jusqu'à la médication elle-même qui ne dépose en faveur de l'épilepsie. En effet, le bromure de potassium dirigé contre l'hystérie, ne donne rien ou presque rien. Comment se fait-il alors, en raisonnant dans l'hypothèse de l'épilepsie, que la température soit restée stationnaire et normale? Dans l'état de mal, ce n'est pas ainsi que les choses se passent.

J'incline donc à penser que je me suis tout à coup trouvé en face d'un cas absolument exceptionnel, insolite et peut-être sans précédent? J'attribue le résultat si heureux au nombreux personnel qui a sans cesse entouré le lit de la jeune fille, renouvelé son couchage et rajusté ses appareils de protection, et je l'attribue surtout à l'alimentation si

fréquemment renouvelée dans les vingt-quatre heures, ainsi qu'à la haute dose du bromure de potassium.

En présentant Rosa G... à l'une de mes leçons cliniques, au grand amphithéâtre de la Salpêtrière, j'ai pu également faire voir aux élèves une jeune fille de dix-sept ans, qui avait eu 1750 attaques d'épilepsie en quelques semaines, puis une autre qui, après avoir eu 1530 attaques dans l'espace d'un an, avait été tellement améliorée par la médication bromurée qu'elle ne tombait plus et était devenue infirmière-auxiliaire dans le service.

Que deviendra Rosa G...? Elle supporte étonnemment bien sa dose élevée de bromure de potassium, mais qu'arriverait-il si des nécessités imprévues m'obligeaient à la suspendre ?

M. Magnan. — Si la malade était hystérique, le fait dont M Legrand du Saulle vient de nous entretenir rentrerait dans la classe des faits simples. Mais s'il s'agit d'une épileptique, ce serait la première fois qu'en présence d'attaques aussi nombreuses, la température ne dépasserait pas 37° 1/2.

M. Legrand du Saule. — Jamais, d'après les renseignements, la malade n'aurait eu d'attaques d'hystérie.

M. Magnan. — La fréquence des attaques, le pouls à 13°, la température à 37° 1/2 sont en faveur de l'hystérie.

M. Falret. — La température augmente non seulement dans l'épilepsie, mais même dans les convulsions épileptiformes.

M. Magnan. — Le retour complet à la santé après de pareils phénomènes est encore en faveur de l'hystérie.

M. Christian. — Chez les épileptiques, la fièvre typhoïde peut suspendre les attaques, mais si les attaques reviennent pendant la convalescence, on ne les voit pas se terminer aussi favorablement.

M. Delasiauve. — Quant à cet état de mal si étrange par la multiplicité des crises, je m'associerais volontiers à la réserve de M. Magnan. Envisagées dans leurs types, les névroses convulsives offrent des contrastes qui les distinguent. Mais tel est, dans les formes intermédiaires, et si je puis me servir de ce mot, le caméléonage des symptômes qu'en présence de ces faits bizarres, j'ai pour ainsi dire renoncé à les classer. A Bicêtre comme à la Salpêtrière, j'ai assisté à beaucoup d'états de mal épileptique. A Bicêtre

notamment, un jeune homme, du service de Voisin (la salle des enfants était commune) eut, six mois durant, des attaques incessantes; on en compta deux mille. Alité et prostré, il inclinait à droite, à gauche. On était presque occupé à le relever. La forme était identique et incontestable. La figure atone se rembrunissait, les secousses succédaient, puis la prostration. Cela se renouvelait toutes les six à dix minutes, sans qu'il reprît connaissance. Il y a une certaine différence avec le cas dont M. Legrand du Saulle nous a entretenus et où, le pouls restant normal et le visage coloré, toute une succession de spasmes formaient moins des crises séparées qu'un accès unique : ce qui s'observe dans l'hystérie. La prostration non plus n'était pas absolue.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

« Mental science. »

Année 1880 (1er trimestre).

Anal. par MM. Dumesnil et Pons.

1° *Achille Foville. Rapport entre la syphilis et la paralysie générale.*

La remarquable étude du Dr A. Foville sur les *rapports de la syphilis avec la paralysie générale* est analysée dans ce numéro par M. Mac Dowall, directeur de l'asile de Morpeth. On se rappelle que notre savant inspecteur du service des aliénés a combattu dans ce travail les opinions de M. le Dr Fournier, qui a cru pouvoir admettre une *pseudo-paralysie générale* de nature syphilitique. M. Foville pense qu'il y a identité entre la paralysie générale et les cas pathologiques reconnaissant la syphilis pour cause, décrits par l'éminent syphiliographe. Il réserve seulement le nom de pseudo-paralysie générale à quelques cas de tumeurs du cerveau dont l'expression symptomatique rappelle l'affection paralytique. Dans le commentaire dont il fait suivre son analyse, M. Mac Dowall va plus loin que M. Foville. Non seulement la paralysie générale et la démence paralytique liée à la syphilis du cerveau ne sont qu'une seule et même affection, mais encore le plus grand nombre des paralysies générales, d'après lui, reconnaîtraient pour cause la syphilis. Le médecin anglais affirme que, huit fois sur dix, il a pu mettre le vice syphilitique en évidence chez les paralysés généraux soumis à son observation.

Cette proportion paraît excessive, et notre distingué confrère la verrait se restreindre, sans doute, s'il étendait le champ de ses recherches. Quoi qu'il en soit, les conclusions de cet intéressant travail donnent une importance plus grande au sage conseil formulé par M. Foville dans son mémoire : « Rechercher

avec soin la syphilis chez tous les malades atteints de paralysie générale. »

Le même confrère rapporte un cas de sclérose diffuse du cerveau. Le sujet de l'observation est un idiot âgé de dix-huit ans. L'aîné de six enfants, il a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de quinze ans, où il fit une chute sur la région occipitale gauche. Après l'accident, il put retourner chez lui, mais pendant qu'il racontait à ses parents ce qui lui était arrivé, il fut pris d'attaques violentes qui se sont répétées irrégulièrement pendant six mois. Son état s'est ensuite assez amélioré pour lui permettre de reprendre ses occupations. Mais le mieux a été de courte durée, et, dix-huit mois avant son admission, il a été pris de paralysie du côté gauche et la situation s'est progressivement aggravée. Depuis six mois, il est agité et pousse des cris pendant la nuit; il est devenu gâteux. Il a perdu peu à peu la parole et n'a guère conservé que la prononciation de deux mots usuels. La nuit qui a précédé son entrée, on a été surpris de lui entendre dire un mot nouveau : « thimble ».

C'est une démence organique bien confirmée, une destruction complète des facultés mentales. Le malade gît immobile dans son lit, déchirant et mâchonnant le linge qu'on laisse à sa portée. Il jure à chaque instant, et c'est là le seul signe d'intelligence qu'il donne. Il présente une contracture générale des membres ; les bras sont appuyés contre la poitrine et les genoux touchent le menton, les doigts sont fléchis et s'appuient contre la paume de la main. La pupille gauche est plus grande que la droite. Bruit de maxillaire (grincement) presque constant. Balancement latéral de la tête lorsqu'il est étendu dans son lit, accompagné d'une sorte de cri participant à la fois du gémissement et du bourdonnement. Enfin, ce malade présente un écoulement purulent par l'oreille gauche. Il est resté environ deux mois dans cette situation, s'alimentant bien, mais sans plaisir; gâteux, bruyant la nuit, qui paraissait lui être pénible. Il s'est rapidement affaibli, a eu des eschares et a succombé dans le marasme. Trois jours avant la mort, il avait eu deux attaques dont la nature n'a pu être bien expliquée par le gardien, mais elles auraient été intenses.

L'autopsie fait voir sur le crâne, sur l'éminence frontale gauche, une certaine inégalité ayant l'apparence d'une ancienne blessure ponctuée. Mais on ne voit pas de traces de cette dépression à la surface interne de l'os. Grand écoulement de sérosité, l'ara-

chnoïde est partout adhérente aux circonvolutions. La consistance du cerveau est augmentée, principalement aux régions frontales et pariétales. On constate, en outre, une atrophie générale des hémisphères cérébraux, même des lobes occipitaux et temporo-sphénoïdaux. La substance grise est très atrophiée, foncée en couleur et, çà et là, dure au toucher. La substance blanche est plus consistante aussi qu'à l'état normal. Au milieu du centre ovale droit, au niveau du plancher du ventricule latéral, se voient deux petits foyers de ramollissement. Une autre petite plaque jaune existe sur le plancher du même ventricule, à la jonction du corps strié et de la couche optique ; elle a un demi-pouce de profondeur. Enfin les parois des ventricules sont distendues par du liquide, et le plancher du quatrième est notablement granuleux.

L'examen microscopique a montré l'existence d'un grand nombre de ces curieux éléments que le Dr Batty-Tuke a décrits comme appartenant à la première période de la sclérose miliaire.

Le Dr Brown, qui les a reconnus, dit que ces éléments se distinguent des corps amyloïdes parce qu'ils ne se colorent pas par l'iode, et des colloïdes par leurs contours irréguliers et leur défaut de transparence. Ils ont de 0,018 à 0,023 mm., et sont emprisonnés dans un réseau fibrillaire élégant. Dans la même section, on peut constater la transformation fibreuse de la superficie de l'écorce, de nombreuses cellules de Deïter et des éléments miliaires disséminés parmi les cellules nerveuses. M. Mac Dowall fait encore une remarque intéressante. Contrairement à l'assertion de M. Pinel jeune, la substance grise des centres nerveux n'est pas à l'abri de l'envahissement du processus sclérotique.

Dans son travail sur les maladies nerveuses, le Dr Hammond cite plusieurs cas de ces altérations rapportés par Pinel jeune et d'autres auteurs, et tous ces cas, sauf un qui est même plus que douteux, concernent des idiots chez lesquels le début de l'affection remonte à la première enfance. L'affection est-elle déterminée par quelque traumatisme? Il semblerait qu'elle se développe spontanément, en général.

2° *Wilkie Burman. De l'assistance séparée et du traitement médical des cas aigus et curables dans les asiles.*

M. le Dr Wilkie Burman s'occupe, dans un travail consciencieux, de la possibilité de traiter séparément dans les asiles

les malades curables. Il néglige à dessein le côté économique de la question et n'invoque pas la nécessité, universellement reconnue, d'entretenir à peu de frais les aliénés chroniques. Il n'a en vue, dans ce mémoire, que l'intérêt de ceux qui sont susceptibles de guérison, et c'est en leur faveur qu'il réclame une organisation nouvelle. Il convient qu'il a contre lui la grande autorité de Conolly. Le célèbre aliéniste, faisant la critique du rapport des inspecteurs pour 1847, leur a reproché de vouloir séparer dans un but économique les deux catégories de malades.

D'après lui, cette division est rationnellement impossible. Certains malades réputés incurables guérissent parfois, et d'ailleurs les incurables vrais peuvent réclamer éventuellement les mêmes soins que les aliénés récemment atteints. Conolly, remarque notre confrère, a fait ces réflexions sous l'influence d'un sentiment d'humanité; il a voulu préserver de l'abandon et de l'incurie les malheureux chroniques. Mais il ne s'est point préoccupé ici de la popuation la plus intéressante des asiles, des malades qui, grâce à un traitement bien conduit, peuvent être rendus à la société. C'est pour eux que M. Wilkie Burman a écrit ce mémoire, et qu'il n'hésite pas à opposer à l'illustre maître d'autres autorités recommandables.

Dans le livre qu'il a écrit après la publication du traité de Conolly, le Dr Thurnam reconnaît l'avantage qu'il y aurait à diviser les asiles en deux départements, l'un destiné à l'entretien économique des aliénés incurables, l'autre, l'hôpital principal, dans lequel seraient traités les malades susceptibles de guérison.

Dès 1841, le Dr Jacobi, de Siegbourg, avait exprimé la même opinion, dans son ouvrage sur la « construction et l'administration des hôpitaux pour aliénés. » Dans leur septième rapport annuel, les inspecteurs généraux pour l'Irlande, en 1856, expriment le même vœu que leurs collègues d'Angleterre, en demandant la construction, dans les asiles de district, de pavillons annexes pour le traitement économique des incurables ; les asiles de district deviendront alors de véritables hôpitaux d'aliénés. M. Wilkie Burman rappelle ensuite les travaux de la commission française en 1864, qui devaient aboutir à la création de l'asile clinique de Sainte-Anne. Il insiste sur le témoignage fourni devant cette commission par le Dr Lélut. L'éminent aliéniste français pense qu'il est inutile d'appeler « asiles d'incurables » les établissements destinés aux

aliénés chroniques. Les malades qui y seront logés ne seron point abandonnés, mais pourront encore, si leur état mental se modifie, être placés dans l'asile de traitement.

Enfin, le système de la séparation trouve des partisans dans: 1° le baron Mundy, qui tout en recommandant le traitement colonial, propose la construction, au centre de la colonie, d'un hôpital divisé en deux sections, la première réservée aux cas récents et curables, la seconde aux chroniques dont la séparation a été jugée nécessaire ; 2° le Dr Lockhart Robertson, qui, en faisant devant l'assemblée annuelle d'Edimbourg, en 1866, l'éloge du système des pavillons séparés, réserve deux pavillons pour les mêmes usages ; 3° le professeur Griesinger qui propose de séparer dans les asiles les affections de courte durée ; et 4° lord Shaftesbury, qui a défendu ce système en 1877, devant la commission de la loi sur l'aliénation mentale.

Les malades curables dans les asiles constituent une infime minorité. L'examen des blue-boocks, de 1873 à 1877, donne une proportion moyenne de 7,25 pour 100 à la fin de chaque année, dans les asiles de comté et de bourg. Dans une période de cinq années, l'asile de Wilts a donné une moyenne de 7 pour 100.

L'auteur du mémoire tire un autre argument de la durée très courte, en général, des affections mentales qui guérissent, pour démontrer la valeur économique de la réforme. A l'asile de Wilts, de 1869 à 1878; 454 malades ont guéri. Sur ce nombre, 239 ont séjourné moins de six mois, 122 entre six mois et un an, et 93 plus d'un an. Les trois quarts environ de ces malades ont quitté l'asile dans les neuf premiers mois qui ont suivi leur admission. Neuf mois représentent donc la courte période pendant laquelle se décident la guérison, la mort ou le séjour prolongé du malade aux frais des contribuables. A cette période correspond la responsabilité la plus grande pour les médecins, le maximum de zèle à déployer auprès des aliénés nouvellement admis. Il convient de mettre alors à la portée des médecins toutes les ressources de traitement possibles, sauf à restreindre la dépense pour la grande masse des anciens pensionnaires de l'asile.

L'innovation proposée produirait un heureux effet parmi le peuple. La création d'un hôpital d'où les aliénés sortiraient guéris ferait considérer la folie comme une maladie ordinaire. Les familles s'habitueraient à confier de bonne heure leurs malades aux médecins, au lieu de les garder au début de leur

affection mentale. Il en résulterait une diminution des suicides et un accroissement du nombre des guérisons. Cette organisation nouvelle nécessiterait un personnel médical plus nombreux. Les directeurs d'asile ne seraient plus obligés de partager leur temps entre leur administration et les malades, au détriment de ces derniers, et les études médicales recevraient une impulsion favorable.

L'auteur de ce travail demande enfin la construction d'un hôpital annexé à chaque asile. Cet hôpital rendrait les services multiples que rend, à Paris, le bureau d'admission de Sainte-Anne, dont il fait un grand éloge. Non seulement les cas curables y seraient gardés jusqu'à guérison, et les aliénés d'un traitement difficile pourraient y recevoir des soins spéciaux, mais encore les malades récemment admis y subiraient une véritable quarantaine et ne pourraient être transférés dans l'asile proprement dit qu'après une observation suffisamment longue. Ils pourraient être isolés dans un quartier spécial, dans le cas où ils seraient atteints, pendant ce temps, d'une maladie contagieuse. Notre confrère pense que les établissements, construits d'après le système des pavillons séparés, se prêteraient parfaitement à cette installation. Il entre ensuite dans quelques détails sur l'aménagement de son hôpital annexe.

Cet hôpital aura des dimensions telles qu'il puisse loger des aliénés récemment admis pendant un mois au plus. Après ce temps, l'apparition d'une maladie contagieuse n'est plus à craindre et les malades non guéris seront envoyés à l'asile, qui pourra d'ailleurs être pourvu d'un quartier de convalescents. Ce chaleureux plaidoyer, dans lequel sont invoquées plusieurs autorités imposantes, les Drs Maudsley, Clouston, les auteurs du « Lunacy blue book » pour 1873, se termine par l'énumération des diverses ressources thérapeutiques dont M. Wilkie Burman désire doter son quartier de traitement : bains de tous genres, électricité, lumière colorée, appareils d'inhalation, cloche à air comprimé et raréfié, etc.

3° Dr *A. R. Urquhart. Trois asiles d'Australie.*

M. le Dr Urquhart, directeur-médecin de l'asile de Murray, a passé, il y a trois ans, une saison en Australie, et en a rapporté des notes assez détaillées sur les asiles de Gladesville, Kew et Woogaroo, qui sont les plus importants de l'immense colonie anglaise. Cette étude est purement descriptive et com-

plète heureusement le travail statistique du Dr Manning dont on a lu l'analyse dans un de nos précédents numéros.

L'asile de Gladesville est admirablement situé sur la rivière Paramatta, à six milles, par eau, de Sydney. Un petit bateau à vapeur conduit les malades, de la ville à l'établissement, indépendamment du service pour le public. Le paysage est des plus ravissants. La rivière coule au pied du jardin de l'asile; au loin, une lande sauvage ferme l'borizon.

Cette disposition topograpbique n'est pas sans inconvénients. Elle favorise en effet les suicides et les évasions; aussi, les malades sortent peu et ne sont guère occupés que dans leurs préaux. Dans la propriété sont prodiguées les plantes d'agrément : orangers, fougères, etc.; un vaste bassin, pour la natation et le lavage du linge, a été construit près de la rivière, très dangereuse à cause des requins. La culture a transformé le terrain dans la partie close de l'asile, où la vigne et l'oranger ont pris la place des lianes. Ce résultat a été produit par le travail des aliénés; mais cinquante malades seulement, sur trois cents, s'occupent à la campagne. Les mœurs du pays seront toujours un obstacle au développement du travail agricole à l'asile, que les malades comparent volontiers à la servitude pénale. Des préaux, la vue s'étend sur la rivière et le jardin; l'aspect de ces préaux est fort agréable; on y trouve un luxe de vérandas et d'ombrages, des volières, des cages d'animaux, etc.

Par contre, la construction laisse à désirer et est insuffisante; elle se réduit à quatre corps de logis à un seul étage. On y remarque, outre l'absence complète de salles de jour, une pauvreté choquante du mobilier. Les chambres d'isolement et les dortoirs sont encombrés, et l'installation des latrines est défectueuse. Les lits sont en fer, et la paille de la literie a été petit à petit remplacée par le crin. L'asile souffre du manque d'eau. Les magasins et la cuisine ont été récemment agrandis, et la buanderie reconstruite sur le modèle des asiles de France. Une construction en fer d'assez mauvais goût, qui servait autrefois de chapelle et de lieu de récréation, a été transformée en dortoir pour remédier à l'encombrement.

Un ouvroir de femmes a été installé dans une cave, mais il ne donne pas les ressources qu'on pourrait croire. Le préjugé que nous avons signalé plus haut, rend la généralité des malades réfractaires à toute occupation manuelle. Les épileptiques ne couchent pas dans un dortoir séparé. L'infirmerie des

hommes et des femmes est installée dans de bonnes conditions; il y a même du côté des femmes un luxe de service, chaque malade étant soignée par une infirmière spéciale. La contrainte est employée dans l'asile avec modération. Le régime des malades est abondant et choisi; enfin, les divertissements de toute nature leur sont accordés dans la mesure du possible.

L'établissement est placé sous le contrôle direct du gouvernement colonial et visité, à certaines époques, par trois médecins de Sydney. Il est administré par un médecin-directeur, le Dr Manning. Cet honorable confrère critique, avec raison, les longueurs que subissent les admissions des malades. Il paraît qu'il s'écoule parfois plusieurs mois avant qu'un aliéné vagabond, recueilli par l'autorité, soit admis à Gladesville. Il est d'abord promené par la police d'une station à l'autre pendant un temps indéterminé, et finit par arriver à Sydney où il est soumis à l'examen d'un médecin et de deux magistrats, qui l'envoient à la « lunatic reception house », sorte de bureau d'admission dépendant de la prison de Darlinghurst. C'est sa dernière étape, et, quelques jours après, s'il n'est pas guéri, il est dirigé sur Gladesville.

Les sorties à titre d'essai ne sont pas en usage; les aliénés guéris quittent définitivement l'asile.

Le prix moyen de la journée d'un malade est de deux francs environ.

L'asile de Kew qui s'élève sur les bords de la rivière Yarra, à cinq milles de Melbourne, est un édifice imposant, qui rappelle par sa forme les asiles d'Angleterre. Mais il n'a de beau que l'extérieur; ses salles sont nues et tristes. Cet établissement, comme tous ceux de l'Australie, souffre d'une mauvaise administration. La politique exerce une influence lâcheuse sur le recrutement du personnel, et le choix des employés est détestable. Si l'on ajoute à ce vice grave le manque d'autorité du directeur, qui est privé du droit de renvoyer les gardiens, on comprendra aisément que l'organisation intérieure de l'asile soit aussi mauvaise que possible. Aussi, l'on y constate l'abus de la contrainte et le nombre très restreint des travailleurs. Beaucoup de malades sont violents et agités. La population de l'asile est d'environ mille aliénés. Deux cents sont entassés dans un préau et n'ont que trois gardiens pour les surveiller.

Toutefois, il faut reconnaître que l'établissement est correctement tenu, à part le mauvais état des latrines. Les lits sont

propres, les salles spacieuses, notamment le réfectoire commun. L'infirmerie est abondamment aérée. Un grand nombre des malades qui l'habitent sont atteints de paralysie générale. En quittant l'asile de Kew, il convient de mentionner l'aspect varié de sa population formée par des nationalités nombreuses, occidentales et orientales : Anglais, Français, Chinois, Allemands, lascars et aborigènes, qui forment un mélange des plus bigarrés et donnent à l'établissement une physionomie toute spéciale.

La description de l'asile de Woogaroo, où sont traités les aliénés du Queensland, termine ce mémoire plein d'intérêt. Un mille le sépare de Goodna, dix milles de la capitale. Il est admirablement placé sur les rives escarpées de la rivière de Brisbane. Il appartient au gouvernement colonial et est administré par un sous-secrétaire des colonies, qui cumule cette charge avec beaucoup d'autres; et l'on concevra que ce système de centralisation ne soit rien moins que favorable aux intérêts de l'asile ; aussi faut-il désirer la prompte création d'une commission administrative spéciale qui s'occupe exclusivement des aliénés. L'établissement de Woogaroo est une construction mal comprise. Ses bâtiments, d'un entretien coûteux, sont disséminés sans ordre et ne sont point adaptés au bien-être des malades. La section des hommes est éloignée d'un mille de celle des femmes, d'où installation de deux cuisines, etc., etc. L'ensemble de l'asile donne l'idée d'une maison inachevée, où le confort manque. Le style architectural est celui des vieux asiles anglais, avec tous leurs vices de construction, au point de vue hygiénique. Bien que l'asile soit encombré, notre confrère y a compté peu de malades alités. La mortalité moyenne annuelle est de 15 pour 100. Les pavillons d'isolement laissent à désirer. Ils consistent en quelques constructions détachées en pierre, primitivement destinées à des condamnés, inhabitables pendant l'été, et quelques baraques délabrées en bois. L'approvisionnement d'eau est difficile. Bien qu'un réservoir ait été construit par les malades, il n'est relié au quartier des femmes par aucun tuyau, et l'eau nécessaire à la buanderie et aux bains des femmes est transportée dans des tonneaux. A proximité du service des hommes est un établissement de bains inachevé et insuffisant pour les besoins de la population.

Malgré ces conditions désavantageuses, l'asile est bien tenu, et les aliénés y sont convenablement soignés et nourris, mais la disette de végétaux constitue, ainsi que dans tous les autres asiles d'Australie, un défaut grave dans le régime. Les préaux

intérieurs, un peu exigus, ont été construits par les malades. Ils affectent la disposition de terrasses dominant le torrent qui coule au pied de l'asile ; le coup d'œil est des plus pitoresques. Le travail des malades est employé largement à Woogaroo. L'asile n'a pas de chapelle ni d'aumônier ; il est visité une fois par mois par un prêtre. Enfin, il n'y a pas de salle de divertissements, ni de fonds affectés à ce service.

4° Dr Hack Tuke. De l'excès dans l'étude.

L'excès du travail cérébral est, chez la jeunesse, une cause très active d'aliénation mentale. M. le Dr Hack Tuke a lu devant l'Association médicale anglaise, réunie à Cork pour sa séance annuelle, un remarquable chapitre sur cette grave question. Il pense que si cet élément n'occupe pas le rang qu'il mérite dans la statistique des causes de la folie, cela tient à ce que les aliénés des asiles appartiennent en général à la classe illettrée et que la plupart des cas d'aliénation mentale, consécutifs au surmenage intellectuel, s'observent hors de ces établissements. Quoi qu'il en soit, cet éminent confrère croit pouvoir affirmer, d'après sa propre expérience, que cette cause est très fréquente et peut donner lieu à divers accidents qui sont : la fatigue cérébrale simple, l'excitation, la dépression mentale avec tendance au suicide, l'épilepsie et la chorée. Il a pu les étudier dans les maisons de santé, où l'action nocive de l'excès d'étude a pu souvent être mise en évidence, seule ou associée à des causes émotionnelles. Cet excès peut produire, en outre, des désordres physiques, l'albuminurie (Dr Andrew Clark), etc., etc. Il s'attache ensuite à démontrer que dans les écoles, et principalement dans les écoles privées, le temps donné à l'étude est excessif. Il est, en effet, pour les garçons de dix heures environ pour deux heures de repos. Pour les jeunes filles, il est de neuf heures et demie en comprenant la durée des exercices religieux. Cette proportion ne lui paraît pas équitable. Mais le principal reproche formulé par lui concerne les travaux supplémentaires qui viennent trop souvent empiéter sur les récréations et mettent l'écolier dans l'impossibilité de donner à son cerveau le repos qui lui est nécessaire. Ces travaux sont rendus indispensables par le programme actuel d'études qui impose aux enfants un labeur au-dessus de leurs forces. Enfin, les examens scolaires, souvent répétés, embrassant des sujets multiples, sont pour la jeunesse une cause importante de fatigue cérébrale. M. Tuke signale leurs effets désastreux chez les étudiants en

médecine. Dans ces derniers temps, la somme de connaissances exigées des médecins s'est prodigieusement accrue, tandis que le temps employé à les acquérir est toujours le même. « Les études médicales, dit le professeur Humphrey, dans son » éloge de Hunter, ont pris de l'extension, et l'homme n'a pas » changé ; le pouvoir mental et l'intelligence de l'homme sont » les mêmes qu'autrefois, aux jours d'Homère, Platon, Confu- » cius, Boudha et Moïse... Si Hunter eût vécu de notre temps ; » s'il eût été, dans sa jeunesse, écrasé par les matières de » l'enseignement d'aujourd'hui ; s'il eût été obligé plus tard de » mener de front le professorat et la pratique du malade, il » n'aurait pas trouvé les lois qui ont donné l'impulsion à la » science et à la pratique chirurgicale. »

Notre confrère trouve donc dans son pays de sérieux adversaires du système actuel d'éducation. Le surmenage cérébral a surtout des résultats funestes en ce qui touche les examens, qui ne fatiguent pas seulement l'esprit, mais sont encore une cause active d'anxiété morale. Il est incontestable que les examens sont aujourd'hui trop chargés, et sont devenus inaccessibles à la plupart des intelligences. Tout récemment, à l'assemblée des médecins et praticiens de Londres, le professeur Huxley a fait cette réflexion, dont la portée est très grave, que « demander à des étudiants de subir les examens actuels » après quatre années d'étude, est une faute qui approche du » crime. »

En terminant cette très intéressante communication, M Hack Tuke formule les propositions suivantes :

1° Faire connaître les maux occasionnés par l'excès d'étude à tous les professeurs et chefs d'institution.

2° Changer le caractère des examens de médecine, dans lesquels on demandera moins à la mémoire ; augmenter d'un an la durée des études ; n'exiger de l'élève en médecine, aussitôt après ses débuts dans l'hôpital, que des épreuves portant sur la médecine et la chirurgie. (On pourrait encore, comme le propose M. Hutchinson, examiner les étudiants dans le cours de leur existence scolaire, sur les matières qu'ils ont successivement apprises, et les soumettre à la fin des études à un examen de récapitulation dont les détails seraient éliminés.)

3e Diminuer la matière de chaque examen. Ce remède est d'une application difficile à cause de l'abondance du programme d'études.

M. Huxley demande que certaines notions médicales sur

l'anatomie et la physiologie soient données aux élèves des écoles primaires. Ce procédé, qui aurait l'avantage de restreindre d'autant les études supérieures, peut présenter d'un autre côté l'inconvénient grave de provoquer plus tôt chez les enfants la fatigue cérébrale qu'on veut éviter.

4° Demander aux examinateurs d'être moins sévères et surtout de ne point s'écarter des questions qu'ils posent. Un jour, dit M. Tuke, deux examinateurs se communiquaient leurs impressions après une séance, et l'un deux rappelait avec satisfaction les questions difficiles qu'il avait adressées au candidat. L'autre, plus bienveillant, lui répondit : « Votre rôle consiste à rechercher *combien* et non *combien peu* de connaissances il a acquises. »

C'est à partager la manière de voir de lord d'Ellesmere, qui disait à un de ses amis, peu de temps avant sa mort, qu'il n'était pas fâché de partir, attendu que le monde était évidemment en train de devenir fort désagréable ; chacun tendant à faire subir des examens à tout un chacun, et qu'il était sûr, lui, qu'il aurait été *plumé*.

Notes. Cas cliniques, notes trimestrielles, nouvelles.

La fin du mémoire de M. Julius Mickle sur la syphilis avec aliénation mentale paraît au chapitre des *Notes et cas cliniques*. Elle comprend trois nouveaux faits. Le premier, suivi de guérison, offre cette particularité que la syphilis n'est pas, à la rigueur, la seule cause organique qui a déterminé l'invasion de la folie. Les deux autres, à terminaison fâcheuse, tirent leur intérêt des désordres considérables produits par le virus syphilitique. Ces observations sont fort longues et ne peuvent trouver place ici. Nous nous bornerons à reproduire les excellents sommaires qui les précèdent ; heureusement on y trouve indiqués les principaux traits de l'histoire de chacun des malades.

Observation IV. — *Histoire d'un syphilitique*. Ulcère vénérien — angine spécifique ; douleurs « rhumatoïdes » généralisées ; — plus tard mélancolie et tendances suicides. Douleur crânienne intense et prolongée, surtout nocturne, avec sensibilité locale, amendée par le traitement anti-syphilitique (iodure de potassium, reconstituants), — affection hépatique, phthisie commençante ; — guérison.

Observation V. — « Rhumatisme » ; anémie ; « méningite » ; mélancolie, — pas de signes de syphilis pendant une longue

période après l'entrée, — anémie cérébrale et générale; syphilis crânienne et péricrânienne ; pachy-méningite ; légère paralysie locale affectant, à droite, la bouche, la langue et la partie inférieure de la face ; hémiplégie droite — affection syphilitique du foie, — tuberculose pulmonaire et abdominale, ascite et péritonite ;— mort.

Observation VI. — Stupeur et autres symptômes aigus promptement suivis de démence profonde. Plus tard, exostoses péricrâniennes et douleurs intenses avec obtusion mentale et insomnie. Ozène; atrophie du testicule avec dégénérescence fibreuse apparente, déformation des tibias, psoriasis des mollets à coloration cuivreuse; — mort.— A l'autopsie : lésions syphilitiques intracrâniennes.

Tous les médecins connaissent aujourd'hui, au moins de nom, l'affection singulière à laquelle le Dr William Ord a donné en 1878 le nom de myxœdème. Elle avait déjà été étudiée en 1874 par le Dr Gull, sous le nom d'état crétinoïde, survenant à l'âge adulte chez la femme. » Elle n'a attiré en France l'attention des savants que depuis 1879, et les travaux de Charcot, Bourneville, Ollier, Thaon, Merklen (Annales de dermatologie et de *syphiliographie*),et enfin,tout récemment,ceux de Morvan(*Gazette hebdomadaire*), ont contribué à préciser ses caractères cliniques. On sait que cette maladie, que M. Charcot appelle aussi « cachexie pachydermique » consiste dans une tuméfaction spéciale de la peau, des muqueuses et même des parenchymes profonds, effet de l'envahissement de ces parenchymes par une matière mucoïde. Il en résulte des troubles profonds dans la nutrition générale et surtout une altération grave des fonctions du système nerveux. Cette dernière conséquence est-elle produite par la lésion de l'extrémité périphérique des nerfs de sensibilité comprimée par le néoplasme (Ord) ? Les symptômes cérébraux sont-ils dus à l'existence d'un véritable myxœdème de l'encéphale (Goodhart) ? Ou doit-on admettre, avec le Dr Thaon, qu'il y a eu préalablement une névrose primitive dont l'infiltration mucoïde ne serait que la manifestation ? La question n'est pas résolue et sera d'autant plus difficilement tranchée que les observations sont rares en ce qui concerne les lésions nécropsiques. Il n'a été fait jusqu'à ce jour qu'une seule autopsie de myxœdème. Les observations cliniques sont un peu plus abondantes, et le Dr Savage, de Londres, a pu étudier un assez grand nombre de cas pour être à même de définir le trouble mental qui complique cette curieuse affection.

La physionomie des malades est stupide ; ils sont lents à répondre. Leur parler est traînard et caractéristique, et leur mémoire affaiblie. Ils ont le sentiment de leur faiblesse croissante et s'en alarment ; la maladresse de leurs mouvements les rend perplexes ; ils finissent par être las de la vie. Il n'y a pas d'hallucinations, mais des perversions du goût et de l'odorat. Quelques malades observées à l'hôpital Saint-Thomas étaient agitées par des conceptions délirantes, elles croyaient voir leurs propres enfants dans leur entourage et devenaient violentes, si on s'opposait à leurs manifestations expansives. Ces femmes monologuaient, étaient turbulentes la nuit et quittaient leur lit pour errer dans la salle. L'une d'elles était franchement maniaque la nuit, pour redevenir raisonnable dans la journée... Il est difficile de rapprocher cette description des faits relatés par le Dr Morvan, qui a eu la bonne fortune d'observer dans la basse Bretagne quelques malades atteints de myxœdème. Ce médecin affirme que l'intelligence n'est pas affectée par la maladie. D'après lui, l'obtusion mentale n'est qu'apparente et les réponses sont lentes par suite de la parésie musculaire. Cette question paraît avoir besoin d'être soumise à d'autres études.

Le Dr Edward Geoghegan emprunte au journal allemand, « *Arch. für klinische medicin* » un fait clinique qui intéresse la doctrine des localisations. C'est un exemple d'un ancien nodule enkysté dans l'hémisphère gauche, résultant d'une lésion datant de l'enfance, qui a détruit la circonvolution pariétale supérieure et atrophié la portion supérieure des circonvolutions post-centrale et para-centrale. Il y a eu paralysie temporaire, puis incomplète, de la jambe droite, et paralysie complète du bras droit, avec atrophie de l'extrémité de ces membres. On constate à l'autopsie une atrophie des cordons latéral droit et antérieur gauche de la moelle, avec dégénérescense descendante des faisceaux pyramidaux. Ce noyau est du volume d'une cerise. Outre la destruction des circonvolutions mentionnées plus haut, il a déterminé le déplacement d'un certain nombre d'autres : la circonvolution angulaire (gyrus angularis) s'est placée en dedans de la supra-marginale et en arrière de la post centrale. Il consistait surtout en matière calcaire et cholestérine.

Ce fait clinique concorde avec les observations de Ferrier et confirme les idées de Charcot relatives à l'implication du lobule

para-central dans les paralysies permanentes du bras et de la jambe (1).

Aux notes du trimestre se trouve le compte rendu d'un procès en séquestration arbitraire qui a eu un certain retentissement, les grands journaux anglais s'en étant emparés et lui ayant donné une notoriété inattendue. C'est l'affaire du Dr Nowel, médecin de Londres, contre son beau-frère Williams.

Ce procès a donné lieu à une suite d'incidents qui ne peuvent être rapportés ici, faute d'espace. Entre autres, cependant, notons que le Dr Nowel obtint des inspecteurs de sortir de la maison de santé pour être soumis à un nouvel examen médical, attendu que l'examen du malade par les deux médecins n'avait pas été fait séparément, que leurs certificats étaient écrits sur la même feuille, et qu'enfin l'un des experts médicaux était intéressé dans la maison de santé.

La *revue* contient la seconde partie des analyses: 1° d'un ouvrage du Dr Maudsley : *Physiologie de l'esprit. — Première partie de la troisième édition, revue, augmentée et en grande partie refaite, de la physiologie et pathologie de l'esprit* ; 2° du traité du Dr Voisin sur la *paralysie générale des aliénés*. Cette dernière analyse, commencée dans un numéro précédent, a une étendue considérable ; elle est faite avec tout le soin que comporte le travail remarquable de notre confrère, et si le critique discute parfois avec l'auteur, il rend pleine justice à ses efforts et à son talent. Aussi, dit-il en terminant : ... « Nous laissons ce livre avec regret, car il constitue la collection la plus magistrale de faits qui aient été recueillis jusqu'à présent sur cette si intéressante et si douloureuse affection. »

Ce chapitre fait enfin une place importante aux Lunacy Blue-Books.

Viennent d'abord des déductions statistiques et des considérations intéressantes sur les aliénés dont le nombre connu et inscrit s'élevait en Angleterre, au 1er janvier 1879, à 69,885.

Après quelques réflexions favorables aux maisons de santé autorisées, actuellement en butte à des attaques injustes et passionnées, les inspecteurs s'occupent du rapport de la com-

(1) Ce chapitre contient encore un mémoire important du Dr Franz Muller, traduit de l'allemand par M. Williams Samuel Tuke, ayant pour titre : *Cas d'hystérie avec paralysie traitées par la métallothérapie*. Ce travail, qui doit être continué, sera compris dans une prochaine analyse.

mission de la loi sur l'aliénation mentale et formulent quelques vœux personnels touchant la législation projetée.

1° Les certificats médicaux devront porter les noms et les adresses des personnes qui auront témoigné dans une enquête, à propos de faits qui n'auraient pas été observés par le médecin lui-même.

2° Toutes les fois que ce sera possible, l'ordre de placement sera signé par un parent du malade. Lorsque cette signature fera défaut, le motif en sera indiqué sur l'ordre. Les inspecteurs pourront autoriser le remplacement de la personne qui aura qualité pour opérer la sortie. Le mineur ne pourra pas signer d'ordre. Toute personne qui aura placé un malade sera tenue de le visiter tous les six mois. Lorsqu'il s'agira d'un malade pauvre, le juge ne signera pas d'ordre sans voir le malade, et devra être informé de tous les placements opérés par un clergyman en exercice et le magistrat.

3° L'interdiction d'admettre les malades privés sur des certificats signés par certains parents de la personne qui a signé l'ordre, ou prenant charge, devra s'étendre aux parents par alliance.

5° Le procès-verbal d'admission devra être envoyé après quarante-huit heures, et sera assez précis pour avoir la valeur d'un certificat complémentaire; un second rapport sera rédigé à la fin du mois de l'admission.

5° Toute extension du système des hôpitaux autorisés sur les bases actuelles, devra être accompagnée de garanties plus strictes, tant au point de vue de la fondation que de l'administration.

6° L'envoi des malades dans des maisons autorisées ou des hôpitaux sur le bord de la mer ou ailleurs en permission, sera distinctement légalisé, et avis en sera toujours notifié aux inspecteurs.

7° Après le décès d'une personne chargée des intérêts d'un malade, les pouvoirs pourront être transmis à une autre personne, sans que la production de nouveaux certificats soit nécessaire.

8° Les inspecteurs pourront ordonner la sortie d'un malade privé.

9° La preuve de rapports sexuels de la part d'un fonctionnaire ou d'un gardien avec une aliénée constituera une offense justiciable des tribunaux.

10° La résidence du médecin, la tenue des cahiers d'observations et du journal médical, dans les hôpitaux et établisse-

ments d'enfants idiots et imbéciles de naissance, cesseront d'être rigoureusement exigés.

11° Un suppléant pourra être temporairement ajdoint aux inspecteurs de l'aliénation mentale.

Le rapport des inspecteurs pour l'Écosse fait d'abord l'éloge du regretté sir James Cox, et rappelle la nomination des Drs Sibbald et Lawson. Le nombre total des aliénés inscrits au 1er janvier 1879 était de 9,386, sur lesquels on comptait 1,578 soignés à leurs frais, 7,751 pauvres et 57 criminels.

Les inspecteurs entrent ensuite dans des considérations intéressantes sur l'organisation et le fonctionnement des asiles d'Ecosse. Les efforts des directeurs tendent à rapprocher la vie des asiles de la vie ordinaire, et dans cette intention ils suppriment, autant que cela se peut, les préaux entourés de murs et les clôtures élevées. Quelques-uns vont même jusqu'à faire tomber les serrures. C'est le système *des portes ouvertes* qui a été traité d'utopie par beaucoup de médecins et qui n'en fonctionne pas moins très heureusement dans plusieurs asiles d'Écosse. On prétend que ce système s'oppose au classement et à la surveillance continue, qu'il peut être la source d'accidents fréquents, qu'il compromet le confort des malades tranquilles, à moins qu'on n'entretienne à frais énormes un personnel de surveillance plus nombreux. Cette appréciation manque de justesse, au moins en ce qui touche la question de dépense. Le peu de difficultés qu'offre l'application de ce mode de traitement dans ce pays reconnaît pour cause, d'après notre confrère, le caractère et l'éducation qui modifient chez les habitants les manifestations de l'aliénation mentale.

Le nombre des aliénés pauvres soignés dans des maisons particulières est, en Écosse, de 1,398 et représente une proportion de 39 pour 100,000 habitants; en Angleterre cette proportion est de 25 p. 100,000. En Écosse, ces malades sont au nombre total des aliénés pauvres dans le rapport de 18 p. 100; cette proportion est de 10 p.100 en Angleterre. Il est vrai qu'en Écosse l'allocation votée par les Chambres n'est pas seulement accordée aux malades des asiles publics, comme en Angleterre, mais à tout aliéné que les inspecteurs jugent digne d'assistance.

Le rapport de l'inspecteur d'Irlande nous apprend qu'il y avait dans ce pays, à la date du 31 décembre 1878, 12,585 aliénés répartis dans les divers établissements.

Il n'est pas question, dans la statistique de l'inspecteur, des aliénés libres. En 1876 le nombre de ces derniers s'élevait à

6,607. Les guérisons sont représentées dans ce rapport par le joli chiffre de 44 à 47 pour 100 des cas récents. Sur la totalité des malades, 572 étaient portés à se donner la mort. Il n'y a eu néanmoins dans toute l'année que deux suicides. L'inspecteur traite la question du traitement séparé des malades incurables. Il fait remarquer les difficultés qu'offre la distinction de ces deux catégories et constate justement la différence qu'il y a, au point de vue de l'hospitalisation, entre les incurables aliénés et les incurables ordinaires. Le nombre des malades traités dans les workhouses était, au 31 décembre 1878, de 3,335. Ces établissements ont fait de réels progrès; ils gagneraient à être pourvus de surveillants payés. Le rapporteur ajoute que, dans ces conditions, ils pourraient recevoir les malades inoffensifs des asiles encombrés. Un certain nombre de workhouses pourraient être affectés à cette destination dans chaque district. Cette mesure serait préférable à la construction proposée de vastes établissements où seraient transportés à grande distance les incurables de la province.

L'asile criminel central de Dundrum fonctionne dans des conditions satisfaisantes, mais il souffre aussi de l'encombrement, de sorte qu'on sera dans l'alternative de placer au dehors, aux frais du gouvernement, les aliénés âgés, inoffensifs, ou d'annexer à chaque prison un quartier d'aliénés.

L'Association médico-psychologique a tenu sa session trimestrielle le 13 novembre 1879, dans la salle des réunions de la société médico-chirurgicale, sous la présidence du Dr Lush. Cette séance, dont le compte rendu se trouve aux «notes et nouvelles», a été entièrement consacrée à la discussion du travail de M. Wilkie Burman sur l'assistance séparée des aliénés incurables. La savante assemblée devant s'occuper encore de cette question importante, nous nous proposons d'y revenir ultérieurement.

A la fin de la séance, M. Hack Tucke a présenté un cerveau préparé par la méthode Giacomini. Ce procédé de conservation a l'avantage de laisser à la pièce anatomique sa coloration et son volume normaux; suit la description de l'opération.

Ce chapitre contient quelques détails intéressants sur l'asile de Darenth qui a été ouvert à la fin de 1878.

L'asile de Darenth a remplacé l'ancien établissement de Clapton. Il est formé de deux parties distinctes: un asile d'adultes contenant 744 places et une école pour 500 idiots des deux sexes. Ce dernier établissement donne des résultats re-

marquables. Les enfants y sont soumis au traitement pédagogique et y apprennent diverses professions dans des ateliers parfaitement organisés. Le nombre des enfants qui fréquentaient l'école, était de 174 au 1er janvier 1879.

Un commencement d'incendie a éclaté le 16 octobre à l'asile de Woodville, à sept milles de Glascow. C'est un établissement neuf qui a été ouvert il y a quatre ans. Grâce à l'excellente organisation des secours, le feu a été promptement limité et les dégâts ont été insignifiants. L'honneur en revient au personnel de l'asile dont la « fire brigade » s'est vaillamment comportée au moment du danger.

Une nouvelle réunion de l'association pour l'assistance des aliénés convalescents a eu lieu le 27 novembre. Lord Shaftesbury a bien voulu accepter d'être le « patron » de la société philanthropique.

Une commission de dames a été nommée et a commencé ses travaux. Le projet de création d'une maison de convalescents a été mis sur le tapis, mais cette dépense a été ajournée. On s'en tiendra provisoirement au placement des aliénés guéris dans des cottages isolés et l'on s'attachera surtout à chercher des emplois convenables pour ceux qui sont valides.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel des maladies mentales ; par M. le Dr Bra. — 1 vol. in-12 Delahaye, éditeur, Paris, 1883.

M. le Dr Bra, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine, vient de publier un *Manuel des Maladies mentales* sur lequel il nous paraît utile d'appeler l'attention des étudiants et des médecins.

Le Dr Bra a acquis, pendant son internat dans les asiles de la Seine, une grande expérience des aliénés.

Nous avons déjà trouvé dans sa thèse une étude très intéressante du poids de l'encéphale dans les maladies mentales et un résumé de documents nombreux et importants (1).

Nul ne pouvait mieux que lui condenser, sous la forme pratique d'un manuel, les nombreux articles épars de divers côtés et les volumineux traités qui ont eu pour objet l'étude des maladies mentales.

Le mouvement scientifique qui s'est porté, dans ces derniers temps, sur l'étude des affections cérébrales et des maladies mentales est considérable.

Griesinger, Westphal et tant d'autres, en Allemagne; Baillarger, un grand nombre de médecins distingués, Morel, Renaudin, en France, ont consigné dans de volumineux ouvrages et à différents points de vue, leurs observations. Ces ouvrages, depuis le traité d'Esquirol, sont devenus des guides naturels dans l'étude à laquelle tous les médecins doivent aujourd'hui se livrer; car le praticien est consulté à chaque instant pour les cas d'aliénation mentale qu'il rencontre dans sa carrière; il doit toujours être prêt à tracer aux familles inquiètes une ligne de conduite et à donner à l'administration qui le consulte un avis prudent.

(1) Etude sur le poids de l'encéphale dans les maladies mentales, par M. Bra. — Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs, 1882.

A quelles sources doit-il se renseigner? Sans doute les cliniques de maladies mentales ne manquent pas à Paris, mais l'étudiant n'y trouve pas ce qu'il cherche, la notion exacte d'une affection dont il lui est difficile d'apprécier la marche et le caractère, en dehors des services d'aliénés; l'étudiant n'a pas le temps de se livrer à cette observation en présence des connaissances si nombreuses et si pressantes qu'il lui faut acquérir.

Les leçons, professées sur l'aliénation mentale, n'embrassent qu'une partie de ce vaste domaine médical et le professeur, en se plaçant à un point de vue spécial, néglige la métbode rigoureuse et classsique, si nécessaire à qui veut acquérir des notions restreintes, mais pratiques, sur cette partie de la science.

Comment, d'autre part, consulter des livres volumineux et coûteux où la science de l'aliénation mentale est renfermée dans des limites plus ou moins bien déterminées? Livres souvent écrits dans un ordre d'idées propres à l'auteur et dont il est difficile d'extraire la moelle.

Le *Manuel des Maladies mentales* n'existait pas; M. le Dr Bra a le mérite et la bonne pensée de le créer dans le but de vulgariser une science de grand intérêt et d'observation difficile.

En effet, dans sa préface, notre honorable confrère expose qu'en publiant son manuel, il a voulu mettre entre les mains des étudiants et des médecins un livre concis et complet « dans lequel les formes principales de l'aliénation men- » tale soient mises en relief, dégagées des généralités qui » les obscurcissent et tiennent peu de place dans la pra- » tique. »

Il est toujours difficile d'adopter une classification qui ne soit l'objet d'aucune contestation, lorsqu'on entreprend la description des maladies mentales, et quand on ne peut la faire reposer sur une base vraiment scientifique, l'anatomie pathologique. Aussi l'auteur s'est-il rattaché à la classification étiologique de Morel.

Il décrit, d'une part, les folies vésaniques: délires généralisés et partiels, manie, mélancolie, délire de persécution, folie religieuse, etc... qui sont les diverses manifestations délirantes par lesquelles s'exprime la folie, quelle qu'en soit la cause.

Il a mis dans une autre partie les folies qui se rattachent à des causes déterminées et qui empruntent à ces

causes un caractère particulier. Telles sont les folies hystérique, épileptique, puerpérale; les délires toxiques, alcoolisme, saturnisme, etc...; ceux que l'on désigne du nom d'organiques, paralysie générale, démence; enfin les folies congénitales ou morphologiques, idiotie, imbécillité et crétinisme.

Cette division rationnelle permet une description facile et concise des différentes formes de l'aliénation mentale.

Nous félicitons M. le Dr Bra de la méthode pratique avec laquelle il a rédigé son manuel. Il n'y a que la première œuvre qui coûte. Nous avons l'espoir que ce guide, si nécessaire pour les étudiants et auquel personne n'avait pensé jusqu'à présent, ne tardera pas à s'épuiser et que l'auteur profitera d'une nouvelle et prochaine édition pour condenser, davantage, les riches matériaux qui se trouvent accumulés dans les ouvrages des maîtres dont il se plaît à citer les noms.

H. Dagonet.

De l'aliéné au point de vue de la responsabilité pénale ; par E. Lelorrain, docteur en droit, docteur en médecine, médecin-major au 16e régiment de chasseurs. — Paris, Germer Baillière et Cie, 1882.

Le but de M. Lelorrain, comme il l'annonce dans sa préface, est d'apporter quelques éclaircissements à la question si difficile de la responsabilité pénale des aliénés. Pour y arriver, « loin de confondre l'aliéné et le criminel, il s'efforce, dit-il, » de tracer aussi rigoureusement que possible, les lignes de » démarcation et les limites qui les séparent. »

Avant d'aborder la partie principale de son étude, l'auteur passe d'abord en revue les législations françaises et étrangères en ce qui concerne l'aliénation mentale. Il remarque que dans l'ancien droit français, l'aliéné était généralement considéré comme irresponsable des crimes qu'il pouvait commettre, sauf dans les cas de lèse-majesté divine ou humaine. Dans ces cas, la folie n'excusait pas le crime, ce qui était, du reste, en harmonie avec la coutume d'alors qui voulait, quand le coupable ne se laissait pas prendre vivant, qu'on torturât son cadavre. Quant au droit français moderne, il résume la question par l'article 64 du code pénal : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en

état de démence au moment de l'action. » Il n'y a donc pas d'équivoque possible, tout se réduit à une question de diagnostic médical.

Il s'agit donc de reconnaître un aliéné d'un homme sain d'esprit. C'est là le problème. Pour le résoudre, M. Lelorrain ne croit pas mieux faire que de donner un aperçu général de la folie et de ses différentes formes. Il se sert d'une classification qui n'est peut-être pas à la hauteur de la science moderne et ses descriptions très succinctes se trouvent partout. Enfin il néglige complètement, ou à peu près, la grande catégorie de ces individus qui, suivant l'heureuse expression du professeur Ball, sont sur la frontière de la folie. Ce sont pourtant ces *déséquilibrés* dont il est le plus difficile d'expliquer l'état mental.

Tout le monde se rendra facilement compte de l'irresponsabilité d'un maniaque, d'un dément, d'un paralytique général; mais les aliénistes les plus expérimentés seront souvent embarrassés quand il s'agira de décider si un excentrique héréditaire, par exemple, était en possession de son libre arbitre alors qu'il commettait un crime bizarre sans but bien évident. Et la question des *cérébraux* de M. le professeur Lasègue? et celle des guérisons, etc.?

Du reste, nous ne croyons pas qu'il soit facile, pour le moment, de synthétiser les données diverses qu'on possède sur cet important sujet médico-légal. Il vaut mieux s'en tenir à recueillir les nombreuses observations qui se présentent et qui ont été étudiées isolément, elles offrent bien souvent quelque côté original non encore résolu.

Arrivé à la fin de son travail, l'auteur s'occupe du libre arbitre et de la pénalité en général. Il ne nie pas le libre arbitre et il ne l'affirme pas non plus, la chose étant, du reste, dit-il, peu importante au point de vue des conséquences pratiques.

En résumé, M. Lelorrain, qui est docteur en droit, s'est très heureusement servi de ses connaissances spéciales et, sous ce rapport, son étude intéressera certainement les médecins généralement peu versés dans la science du droit.

Dr L. Camuset.

Asile public d'aliénés de Cadillac. Compte rendu médical de l'exercice 1881 ; par le Dr L. Campan, médecin en chef de l'asile. Bordeaux, imprimerie G. Gounouilhou, 1882.

Les médecins en chef des asiles d'aliénés envoient tous les ans, au préfet du département, un rapport sur l'asile dont ils sont chargés. Ce rapport comprend la statistique médicale de l'année et les conséquences qu'il est possible d'en déduire. Il s'étend aussi sur les modifications qu'il serait bon d'apporter à l'établissement. On comprend l'utilité de ce travail annuel qui d'abord sert de contrôle, quant à la régularité du service, mais qui a, en même temps, une portée bien plus élevée. Les statistiques des différentes régions de la France sont centralisées et ainsi se trouvent constituées des données générales qui éclairent les grandes questions de l'étiologie de la folie et par suite sa prophylaxie.

M. le Dr Campan a publié son rapport de l'année 1881. Nous l'avons lu avec soin et nous y avons trouvé des remarques intéressantes sur la proportion considérable des paralytiques généraux à Cadillac. Les observations cliniques des malades sortis guéris ne manquent pas non plus d'un certain intérêt. Mais nous avons surtout été frappés des détails *minutieux* dans lesquels entre l'auteur quand il établit ses statistiques. C'est ainsi qu'il donne la caractéristique du tempérament de tous les aliénés entrés pour la première fois à l'asile pendant l'année. Il y en a dix-huit avec le tempérament *nervoso-lymphatique*, neuf avec le *lymphatico-nerveux*, aucun avec le *sanguin-lymphatique*, etc. Il n'y en a que quinze dont le tempérament n'a pas été constaté, mais c'est parce qu'ils sont morts trop vite ou parce qu'ils sont arrivés trop malades pour qu'on ait pu faire la constatation. De même quand il fait le tableau des maladies physiques incidentes survenues chez les aliénés, il mentionne absolument tout, même des indispositions : un furoncle, un coryza, une odontalgie pendant le mois de janvier, etc. C'est bien là une statistique consciencieuse.

Nous nous permettrons une critique plus sérieuse au sujet de la division des malades d'après les espèces morbides. Voici la classification adoptée par M. Campan : Manie. Lypémanie. Epilepsie. Paralysie générale. Imbécillité et idiotie. Démence. *Faiblesse mentale*. — « J'ai groupé, dit-il, sous le titre de » faiblesse mentale toutes ces formes diverses d'aliénation, ca-

» ractérisées par une absence plus ou moins prononcée de la » *raison* ou du sens moral, par des *hallucinations*, des *idées de* » *persécution*, ou des *idées mystiques*, se produisant d'ordinaire » en dehors de toute excitation. » Or il y a soixante et onze malades de cette catégorie à l'asile de Cadillac.

Dr L. Camuset.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Sixty-eighth annual report of the trustees of the Massachussets general hospital. Boston, 1882, br. in-8°.

— Essai sur les hallucinations ; par le Dr Gaultier de Beauvallon ; thèse de doctorat. Paris, 1883 ; br. in-8°.

— Le suicide dans le comté et la capitale de Philadelphie de 1872 à 1881 ; par le Dr John G. Lee, trad. par le Dr Feigneaux. Bruxelles, 1883 ; br. in-8°.

— Rapporto sanitario all'onorevole consiglio di amministrazione dei manicomii centrali in Venezia ; par le Dr Stefano Signorini. Venezia, 1883, br. in-8°.

— A case of primary monomania ; par le Dr C. B. Burr. New-York, 1883, br. in-8°.

— Estasi ed ipnosi ; par le Dr Ant. Tarchini-Bonfanti. Milan, 1883, br. in-8°.

— Il Senso morale e la follia morale ; par le Dr Ernesto Bonvecchiato. Vérone, 1883, vol. in-8°.

— Compte général de l'administration de la justice criminelle en France et en Algérie pendant l'année 1881. Paris, 1883 ; vol. in-4°.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Arrêté du 14 août 1883 : M. le Dr Belle, médecin adjoint de l'asile de Dijon, est nommé médecin en chef de l'asile de Bailleul en remplacement de M. le docteur Bayle, mis en disponibilité sur sa demande. — M. le Dr Belle est placé dans la 4e classe de son grade (4,000 fr.).

— M. le Dr Dufour, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère), vient d'être nommé conseiller général du canton de Lamure (Isère).

L'ASILE D'ALIÉNÉS DU VAR.

Par une loi en date du 6 août 1883, le département du Var est autorisé, conformément à la demande que le conseil général en a faite, à emprunter, à un taux n'excédant pas 5 p. 100, une somme de 1,400,000 fr. applicable à la construction d'un l'asile d'aliénés.

LE NOUVEL ASILE DE SAINT-VENANT.

Par une loi en date du 26 juillet 1883, le département du Pas-de-Calais est autorisé à emprunter une somme de 3,100,000 fr. applicable à l'achèvement de l'asile d'aliénés de Saint-Venant et à la construction des prisons de Boulogne, Béthune et Montreuil.

LA RÉCIPROCITÉ D'ASSISTANCE EN CE QUI CONCERNE LES ALIÉNÉS. (Loi du 25 juillet 1883.)

Article unique. — Le Président de la République est autorisé à ratifier, et, s'il y a lieu, à faire exécuter la convention intervenue (le 27 septembre 1882) entre la France et la Suisse, en vue d'établir la réciprocité d'assistance en ce qui concerne les enfants abandonnés et les aliénés indigents.

SOUSCRIPTION POUR LE BUSTE DU Dr MARCHANT.

5e *et dernière liste.*

MM. Garnier,
Dumesnil,
Legrand du Saulle,
Falret,
Mesnet,
Divers, — 15 fr.

Le montant total de la souscription ouverte par la Société médico-psychologique est aujourd'hui de 500 fr. : cette somme vient d'être adressée au président du comité institué à Toulouse par l'Association des médecins de la Haute-Garonne.

ÉRECTION D'UNE STATUE AU PROFESSEUR BOUILLAUD.

La première liste de souscription de l'Académie de médecine pour l'érection d'une statue à J. Bouillaud nous donne à penser que l'illustre médecin aura bientôt un monument digne de lui. Le Corps médical, nous n'en doutons pas, suivra l'exemple patriotique de l'Académie, et s'associera avec empressement à l'hommage qu'elle veut rendre à l'une des gloires les plus pures de la science française.

MM. Baillarger, 50 fr. — Baudrimont, 10 fr. — Bergeron, 20 fr. — Besnier, 10 fr. — Blanche, 20 fr. — Blot, 20 fr. — Bouchardat, 20 fr. — Bouchardat (G.), 20 fr. — Bourdon, 20 fr. — Bucquoy, 20 fr. — Caventou, 20 fr. — Chatin, 10 fr. — Chereau, 5 fr. — Colin (Gabriel), 20 fr. — Colin (Léon), 20 fr. — Dechambre, 20 fr. — Depaul, 20 fr. — Dujardin-Beaumetz, 20 fr. — Empis, 10 fr. — Fauvel, 10 fr. — Fournier, 20 fr. — Gosselin, 50 fr. — Goubaux, 10 fr. — Guéniot, 10 fr. — Guérin (Alphonse), 20 fr. — Hérard, 20 fr. — Hervieux, 20 fr. — Hardy, 20 fr. — Laboulbène, 50 fr. — Lagneau, 5 fr. — Lancereaux, 5 fr. — Larrey, 30 fr. — Leblanc, 20 fr. — Le Roy de Méricourt, 10 fr. — Marrotte, 10 fr. — Moutard-Martin, 10 fr. — Méhu, 10 fr. — Oulmont, 20 fr. — Paul (Constantin), 20 fr. — Péter, 20 fr. — Perrin, 20 fr. — Polaillon, 20 fr. — Potain, 20 fr. — Proust, 20 fr. — Richet, 40 fr. — Ricord, 40 fr. — Roger (Henri), 100 fr. — Roussel, 10 fr. — Sée (Marc), 20 fr. — Tarnier, 20 fr. — Villemin, 20 fr. — Bonnafond, 50 fr.

Personnes étrangères à l'Académie : MM. Péan, 100 fr. — Cardinal, 50 fr. — Cornil, 20 fr. — Seguy, pharmacien de 1re classe, 5 fr.

Les souscriptions des personnes étrangères à l'Académie sont reçues au secrétariat, entre les mains de M. Bordet.

INCENDIE D'UNE MAISON D'ALIÉNÉS EN ANGLETERRE.

Le matin du 14 août, la maison de santé du Dr Boyd, située à Southal, dans le comté de Middlesex, a été presque entièrement réduite en cendres, et plusieurs personnes ont péri dans les flammes, y compris le propriétaire, Dr Boyd, son fils M. le capitaine William et deux ou trois aliénés. M. Abbott, à force de persévérance et de courage, a réussi à arracher à la mort terrible, qui les menaçait trois ou quatre des malades. Le Dr Boyd qui s'était précipité au milieu des flammes, avait, lui aussi, pu sauver quelques patients, mais il a fini par être victime de son dévouement.

Non content de l'œuvre de sauvetage déjà accomplie, il a voulu faire plus encore, et malgré les instances de sa famille et des assistants, s'est de nouveau élancé à l'aide de malheureux dont les cris déchirants se faisaient entendre: on ne l'a plus revu. Quant au Dr Stanley Boyd, son associé et son parent, il en a été quitte pour une jambe cassée. Pressé par les flammes, il n'a pu échapper à une mort certaine qu'en se précipitant par une fenêtre du second étage. Un neveu du docteur et ses deux filles sont en danger par suite de la commotion qu'elles ont éprouvée.

(*Le Temps*, nº du jeudi 16 août 1883).

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

La maison située, à Paris, au nº 19 de la rue du Commerce a failli être incendiée cette nuit par un fou. Des gens voyant de la fumée s'échapper d'une chambre occupée par un maçon, nommé Henri, en enfoncèrent la porte et découvrirent que ce dernier avait brisé son lit, son armoire, entassé les débris dans sa cheminée et y avait mis le feu. Les flammes avaient déjà gagné le plancher quand on les a éteintes. Henri, dont les facultés mentales sont troublées, paraissait s'amuser fort à ce spectacle. On l'a immédiatement mis hors d'état de nuire. Il sera conduit aujourd'hui dans une maison de santé.

(*Le Temps*, numéro du samedi 18 août 1883.)

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

Paris. — Imprimerie de l'*Étoile*, Boudet, directeur, rue Cassette, 1.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



CHRONIQUE

SOMMAIRE. — La Médecine mentale au Congrès de Rouen. — Epidémie de choréomanie dans la Thrace. — Les injections sous-cutanées de morphine dans le traitement de l'aliénation mentale. — Les hallucinations bilatérales, dissociées et antagonistes. — Asile spécial pour les aliénés dits criminels. — Les asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure. — Cas d'éthéromanie. — Troubles intellectuels dans l'intoxication par les vapeurs de charbon.

L'Association Française pour l'avancement des sciences a tenu, cette année, sa session annuelle à Rouen; pour la première fois, à la section de médecine, a été ajoutée une sous-section pour les questions relatives à l'hygiène publique. Toutes deux ont reçu différentes communications qui se rattachent à l'étude des maladies mentales, et dont nous allons donner un rapide aperçu, d'après la *Semaine médicale* ou d'autres modes d'information.

Un médecin grec, le Dr Clon Stephanos, a rendu compte d'une épidémie convulsive, analogue aux épidémies de choréomanie du moyen âge et qui se manifeste, de nos jours, dans la vallée de Kior-Kaza, province de Thrace (Turquie).

Les habitants de cette vallée sont très pauvres; ils crou-

pissent dans une ignorance absolue et ils sont fort accessibles à toutes les superstitions ; chaque année, ils célèbrent, au mois de mai, la fête de saint Constantin par des solennités qui durent une quinzaine de jours, et qui sont accompagnées de danses dégénérant le plus souvent en orgies. C'est surtout à cette époque que des individus, appartenant aux deux sexes, auxquels on donne le nom de *Anastenaria* (Gémisseurs), présentent des accès pendant lesquels ils se livrent, pour ainsi dire malgré eux, à des danses en quelque sorte convulsives, et dont l'exemple entraîne, inconsciemment, ceux qui y assistent.

D'après M. Stephanos, l'accès commencerait par une attaque épileptiforme ; nous pensons néanmoins qu'il s'agit plutôt d'accidents hystériformes ; en effet, les phénomènes consécutifs, qui consistent en danses frénétiques, sont bien plus compatibles avec l'hystérie qu'avec l'épilepsie.

Cette épidémie peut être comparée à celle des *jerkers* ou *jumpers* qui a été signalée, il y a quelques années, dans certains districts des Etat-Unis d'Amérique, et qui, croyons-nous, s'était développée à la suite de prédications religieuses exaltées ; là, aussi, le mal se propageait par l'exemple et l'imitation.

Il en était de même dans l'épidémie récemment observée à Hagipe (Brésil) à la veille d'une fête, au voisinage d'une fabrique occupant beaucoup de personnes. (*Gazette hebdomadaire*, 31 *août* 1883.)

Les manifestations morbides de la choréomanie ne sont pas identiques avec les symptômes de l'hystéro-démonopathie, telle qu'on les a observés, il y a une vingtaine d'années, dans la grande épidémie de Morzine, et, depuis lors, dans d'autres petites épidémies qui ont régné en Italie, dans des localités écartées des montagnes du Tyrol ou des Apennins. Mais il n'est pas douteux, à notre avis, que la nature intime de ces diverses affections ne soit la même.

Ces exemples, qu'il serait sans doute facile de multi-

plier, si l'on faisait quelques recherches, prouvent que les épidémies morales, intellectuelles et convulsives ne sont pas l'apanage exclusif d'une époque plus ou moins éloignée; elles dépendent, surtout, du milieu social. Aussi les voit-on se reproduire dans tous les temps, et même de nos jours, là où les populations, restées en dehors des progrès de la civilisation, continuent à être, comme au moyen âge, obscurcies par l'ignorance, et exaltées par la superstition.

On sait que M. Auguste Voisin est un grand partisan de la méthode hypodermique, et qu'il fait un usage considérable des injections sous-cutanées de morphine dans le traitement des formes aiguës de la folie. Il ne se dissimule pas, cependant, que cet agent thérapeutique excite la défiance et que tout ce qui a été écrit, dans ces dernières années, sur la fréquence croissante et les dangers de la morphinomanie est de nature à discréditer son médicament de prédilection. Aussi est-il venu prendre sa défense en protestant contre le mauvais emploi et l'abus que l'on est trop porté à en faire.

Pour empêcher la production de la morphinomanie, il faudrait suivant lui : que le médecin fasse toujours les injections de morphine lui-même et qu'il n'abandonne jamais ce soin aux malades; que la vente libre de la morphine soit prohibée; qu'il en soit de même de la vente des seringues de Pravaz. Sans doute, il est excellent d'indiquer ces remèdes; mais M. A. Voisin s'est-il demandé s'il était facile ou même possible de les mettre en pratique? C'est précisément parce que les médecins ne peuvent pas toujours être là, au moment où il est indiqué de pratiquer l'injection de morphine, que les malades prennent l'habitude de se les faire eux-mêmes. La législation prohibe, dès maintenant, la vente libre des poisons dangereux, et de la morphine par conséquent, et cependant, il ne semble pas que la difficulté de se procurer l'objet de leur passion ait jamais été, pour

les morphinomanes, un obstacle sérieux. Quant au commerce des instruments de chirurgie, on n'a jamais eu, que nous sachions, l'idée d'en restreindre la liberté, et nous ne voyons pas comment l'on pourrait empêcher un marchand de vendre des seringues de Pravaz, aussi bien que tout autre appareil faisant partie de l'arsenal chirurgical.

Sans méconnaître la valeur théorique de l'argumentation de M. Voisin, nous sommes donc autorisé à craindre que les moyens dont il préconise l'emploi ne réussissent pas à atteindre le but qu'il se propose, et qu'en réalité bien des personnes ne continuent à se pratiquer elles-mêmes des piqûres de morphine avec des seringues de Pravaz qu'elles auront été libres d'acheter sans contrôle, et qu'elles n'éprouvent pas de bien grandes difficultés à se procurer la solution nécessaire. Les médecins auront donc encore beaucoup de précautions à prendre pour ne pas exposer leurs clients à contracter cette funeste habitude. M. A. Voisin reconnaît du reste combien elle est tyrannique chez certaines personnes, et il a cité lui-même l'exemple d'une grande dame, dont la mort récente a fait sensation et qui laissait à demeure, dans sa peau, la canule de sa seringue, pour ne pas avoir la peine de l'enfoncer trop souvent.

Les hallucinations unilatérales ont été signalées, depuis longtemps, notamment par Michéa ; il n'y a pas de médecin d'asile qui n'ait eu occasion d'en observer, et dans ces dernières années elles ont été étudiées avec plus de détail par MM. Ball et Régis. On a aussi décrit des hallucinations bilatérales, isolées les unes des autres, celles d'un côté se produisant à d'autres moments que celles de l'autre côté.

M. Magnan a entretenu le Congrès de Rouen d'une combinaison hallucinatoire d'un genre encore plus complexe, les malades ayant des hallucinations des deux oreilles, mais dissociées quant au moment de leur production et

opposées quant à la nature des impressions communiquées. Un malade entend par une oreille, et toujours la même, des menaces, des injures, des paroles dépressives qui font naître chez lui des idées de persécution, tandis qu'à d'autres moments, il perçoit par l'autre oreille des propos gais, flatteurs, propres à produire chez lui un délire ambitieux; et cet antagonisme du délire sensoriel auditif se maintient, sans changement ni alternance, pendant toute la durée de la maladie. M. Magnan a rapporté quatre observations personnelles de ce genre : dans l'une, les propos pénibles étaient perçus par l'oreille droite, tandis que les hallucinations ambitieuses se produisaient du côté gauche. Dans les trois autres, c'était l'inverse. D'après M. Magnan, ces faits sont une nouvelle preuve du dédoublement ou de l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux, et ils présentent une grande analogie, sous ce rapport, avec ce que l'on peut obtenir, par l'expérimentation, chez certaines hystériques hypnotisées.

En effet, il y a quelques mois, M. le Dr Dumont-Pallier a présenté aux cours cliniques, faits à Sainte-Anne par M. Magnan, une malade de son service de la Pitié qu'il a hypnotisée et chez laquelle il a pu déterminer ensuite, à volonté, l'anesthésie, l'hyperesthésie ou le délire sensoriel alternativement dans une moitié du corps et dans l'autre. L'un des hémisphères cérébraux paraissait conserver son aptitude à fonctionner, pendant que l'autre était privé de toute activité. Par d'autres combinaisons expérimentales, il a pu ensuite faire fonctionner les deux hémisphères en même temps, mais d'une manière différente et opposée; la malade étant dans l'inconscience de l'hypnotisme, il a pu, par exemple, lui suggérer par une oreille des idées tristes qui donnaient à une moitié de son visage l'expression de la douleur, tandis que par l'autre oreille on lui suggérait des idées gaies qui se traduisaient sur l'autre moitié du visage par les signes de la satisfaction (*Union médicale* 1883,

n[os] 69 à 71). Toutes ces constatations récentes augmentent la valeur des idées développées, il y a déjà longtemps, par le D[r] Wigan dans un livre intitulé : *Duality of Mind*, Londres 1844, et qui n'avaient été alors accueillies qu'avec beaucoup de réserve.

Devant la section de Médecine publique, M. Motet, s'adressant à un public plus nombreux et moins spécialiste qu'il n'avait eu occasion de le faire jusqu'à présent, a exposé ses idées sur les mesures à prendre à l'égard des aliénés *dits criminels* et sur la nécessité de créer, pour eux, un asile spécial appartenant à l'Etat. C'était reprendre, dans un cadre plus étendu, un sujet qu'il a déjà traité plusieurs fois, notamment dans son mémoire sur l'asile de Broadmoor, publié par les *Annales* en novembre 1881. M. Motet estime que « tout homme, sain d'esprit ou aliéné, qui a violé les » lois de son pays, porté atteinte à la sécurité individuelle, » à l'ordre public, doit rendre compte de ses actes à la so- » ciété, c'est-à-dire aux mandataires auxquels elle a délégué » ses pouvoirs et ses droits. » Et la société a évidemment le droit de se protéger, de se défendre, d'éloigner un sujet de troubles et de dangers. A ce droit il faut ajouter le pouvoir qui, dans certains cas, lui manque à présent. En effet, M. Motet, s'appuyant sur une pratique déjà longue de la médecine légale des aliénés, a fait voir que, dans l'état actuel, lorsqu'un aliéné bénéficie, après un crime ou un délit, d'une ordonnance de non-lieu, lorsqu'un tribunal l'acquitte, lorsque la Cour d'assises le renvoie, il peut être remis en liberté, soit immédiatement, soit à bref délai. Le jury se prononce sans faire connaître les motifs de sa détermination, sans dire qu'il a adopté l'opinion d'un expert qui aura affirmé devant lui l'irresponsabilité pour cause d'aliénation mentale. Aussi que d'indécision dans l'esprit de jurés qui, convaincus d'un côté qu'ils ont affaire à un malade, sont disposés à le déclarer non coupable, et qui, d'un autre

côté, craignent que, rendu à la liberté, il ne recommence à jeter l'épouvante autour de lui.

Alors même qu'il serait envoyé dans un asile, il peut en sortir trop rapidement, soit que le médecin répugne à prolonger une séquestration que ne motive pas un état actuel de délire, soit même que, si le malade a été transféré d'un asile dans un autre, ses antécédents ne soient pas suffisamment connus.

M. Motet fait appel à la médecine publique pour qu'elle s'efforce de prévoir et de prévenir les douloureuses catastrophes qui, dans ces derniers temps, se sont renouvelées trop souvent, et demande qu'il y soit pourvu par la création d'un asile spécial appartenant à l'Etat.

On sait que le projet de loi actuellement soumis aux Chambres propose de créer un ou plusieurs asiles de ce genre ; il est vivement à désirer que cette mesure soit adoptée.

Avant de quitter Rouen, un certain nombre des membres du Congrès se sont rendus à l'invitation qui leur avait été faite de visiter les grands asiles publics de la Seine-Inférieure, Saint-Yon et Quatre-Mares. L'examen de ces deux beaux établissements les a vivement intéressés et leur a donné l'occasion de rendre justice aux inspirations charitables et à la libéralité éclairée d'un département qui a eu l'honneur d'entreprendre, un des premiers, les réformes du traitement de l'aliénation mentale, et qui, après avoir pris cette initiative dès 1819, a tenu, depuis, à ne reculer devant aucun sacrifice pour rester au premier rang dans la voie du progrès et de l'humanité.

Il paraît qu'en certains pays, en Amérique surtout, les exemples d'abus d'éther sont loin d'être rares ; nous croyons qu'en Europe, ou qu'en France au moins, ils sont encore exceptionnels, comme ceux de chloroforme, et nullement

comparables, pour la fréquence, avec les excès de morphine ni surtout d'alcool. Voici, cependant, un cas d'éthéromanie rapporté par le Dr Sedan (*Gazette des Hôpitaux*, 15 septembre 1883) et qui est intéressant à plusieurs points de vue. Il s'agit d'un jeune homme qui, dès l'âge de dix ans, commença à boire de l'éther, et qui, pendant qu'il faisait ses classes au lycée de Toulouse, recourut sans interruption à l'usage de cet excitant, et obtint sous son influence les succès universitaires les plus brillants. Pendant neuf années ce garçon, qui était de faible constitution et d'apparence chétive, consomma journellement, tant en breuvage qu'en inhalations, des quantités d'éther qui s'élevèrent progressivement de 100 à 1,000 grammes par jour. Il se relevait pendant la nuit pour aller chez les pharmaciens demander de l'éther, et il volait ses parents pour pouvoir le payer. Jamais il n'éprouva aucun accident cérébral ni aucun trouble intellectuel, et il mourut jeune, d'une affection cardiaque. Dans la dernière année de sa vie, à l'usage immodéré de l'éther, il joignit l'abus des injections sous-cutanées de morphine. On voit, par cet exemple, que, comme pour l'alcool et pour la morphine, l'intoxication par l'éther peut, dans certains cas, être prolongée et portée à un très haut degré sans déterminer la folie, ni même d'altération intellectuelle apparente.

Par contre, M. le Dr Leudet a communiqué à l'Académie de médecine (séance du 11 septembre 1883) deux faits d'où il résulte que les troubles de la conscience et de l'intelligence peuvent se produire, exceptionnellement, dans un autre genre d'intoxication, celle par l'acide carbonique, surtout lorsqu'il est mélangé d'air. Un jeune employé de commerce, sentant sa chambre envahie par de la vapeur de charbon, eut assez de présence d'esprit pour réveiller son camarade et lui indiquer la manière de se sauver; mais, au moment où il aurait dû lui-même s'échapper par

la même voie, il perdit conscience de ses actes et alla se blottir sous son lit. Un matelot se couchant dans un réduit étroit où il avait apporté, pour se réchauffer, un seau rempli de coke en ignition, s'étendit sur son lit sans ôter ses vêtements.

M. Leudet croit pouvoir conclure de ces deux faits que « certains individus, exposés à l'action du charbon en » combustion, surtout, peut-être, quand ces vapeurs sont » mélangées à une certaine quantité d'air, peuvent présen- » ter un état momentané pendant lequel ils commettent des » actions indépendantes et même contraires à leur vo- » lonté. »

Et il ajoute : « La connaissance d'une période d'incon- » science, courte il est vrai, me semble avoir quelque im- » portance au point de vue de la pathologie, et surtout de » la médecine légale. »

A. F.

Pathologie

SUR LA THÉORIE

DE LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

DE LA FOLIE PARALYTIQUE ET DE LA DÉMENCE PARALYTIQUE CONSIDÉRÉES COMME DEUX MALADIES DISTINCTES (1)

Par M. le Dr BAILLARGER
Membre de l'Académie de médecine.

III

LES DEUX THÉORIES ET LES FAITS CLINIQUES (*suite*).

VIII. — *De la guérison de la paralysie générale.*

Les cas de guérison de paralysie générale sont rares, mais on peut aujourd'hui en citer un assez grand nombre d'exemples. Le Dr Mendel vient encore de publier l'observation d'un malade guéri depuis huit ans et dont l'accès n'avait pas duré moins de huit mois.

Les partisans de la théorie unitaire considèrent tous les faits de ce genre comme des périenc éphalites chroniques

(1) Voir les nos de janvier, mars et juillet 1883.

qui ont rétrogradé, et dans lesquelles, comme le dit M. Calmeil, « les premiers désordres inflammatoires ont disparu. »

Je crois devoir faire remarquer que cette opinion est la conséquence forcée de la théorie unitaire ; autrement, il faudrait admettre, comme quelques auteurs l'ont déjà fait pour les paralysies générales alcooliques, qu'il ne s'agissait, dans tous ces cas de guérison, que de *pseudo-paralysies générales*. On serait ainsi conduit à séparer de la paralysie générale un nouvel ordre de faits. et on fournirait par conséquent une objection de plus contre la théorie unitaire.

Je vais essayer de démontrer que cette objection serait très fondée et que tout concourt à prouver que les prétendues guérisons de périencéphalite chronique ne sont en réalité que des guérisons d'accès de folie paralytique indépendants de la périencéphalite chronique.

Dans mon travail de 1858, j'avais déjà rattaché tous ces cas de guérison aux folies congestives. C'est donc la même opinion que je vais défendre encore aujourd'hui.

Il importe d'abord de rappeler que la paralysie générale a deux ordres de symptômes.

Les uns sont constants et pathognomoniques, ils se rapportent à la démence et à la paralysie.

Ce sont les symptômes d'abolition fonctionnelle.

Les symptômes du second ordre ne sont qu'accessoires et complémentaires. Ils sont souvent temporaires, et comprennent les délires spéciaux, l'excitation et l'ataxie musculaire, les spasmes, etc.

Ce sont les symptômes de perversion fonctionnelle.

Or, il est facile de prouver que, quand il y a guérison, celle-ci a toujours lieu avant l'apparition des symptômes pathognomoniques.

Nul doute n'est possible pour ce qui a trait à la démence, puisque tout le monde reconnaît que c'est un état irrémédiable.

Les cas de guérison ont même cela de particulièrement intéressant, qu'ils permettent d'affirmer que le délire peut persister seul, pendant trois, six mois, ou même une année,

Quant aux troubles musculaires, on sait qu'ils commencent dans les formes vésaniques par être de nature ataxique, et que ce n'est que plus tard qu'ils deviennent paralytiques. Or, les symptômes d'ataxie musculaire sont souvent transitoires; ils apparaissent et disparaissent avec le délire. Ils font donc partie comme lui de la période de perversion fonctionnelle.

Les symptômes paralytiques, au contraire, sont permanents et progressifs; ils marchent parallèlement avec la démence. Ils forment le second ordre de symptômes pathognomoniques.

On peut donc dire que les guérisons, dans les cas rares où elles se produisent, ont lieu avant l'apparition des symptômes pathognomoniques de la maladie.

Il n'est pas moins certain qu'elles précèdent la formation des lésions caractéristiques.

Jacobi rapporte l'observation d'un malade atteint de manie avec délire ambitieux et inégalité des pupilles et qui, après un accès de *six mois*, avait été rendu à la liberté, présentant toutes les apparences d'une guérison complète. Cependant trois mois après, ce malade fut ramené à l'asile profondément mélancolique. Il mourut de phthisie pulmonaire, et on trouva à l'autopsie les lésions de la périencéphalite chronique (épaississement et opacité des membranes, *adhérences nombreuses* à la couche corticale, granulations ventriculaires).

Or, Jacobi se demande comment ce malade, après six mois de délire, a pu paraître complètement guéri pendant trois mois, alors qu'il existait des lésions inflammatoires de la couche corticale, c'est-à-dire, ajoute-t-il, dans les points mêmes qu'on regarde comme le siège des facultés intellectuelles.

Il faut avouer, en effet, qu'il est permis de s'étonner de cette guérison même temporaire, en admettant, pendant le premier accès, qui avait duré *six mois*, l'existence de lésions inflammatoires plus ou moins graves.

Dans un cas semblable, M. Doutrebente a fait aussi remarquer que les lésions, bien que légères, trouvées à l'autopsie d'un malade mort à la suite d'un second accès, ne devaient pas exister pendant la durée du premier accès qui avait guéri.

Les symptômes qu'on voit disparaître sont ceux de la période de perversion fonctionnelle. Quant aux lésions de cette période, il est bien difficile, comme il a été dit plus haut, d'en préciser la nature.

M. Aug. Voisin admet avec tous les auteurs que la lésion dans la paralysie générale est primitivement vasculaire, mais il ajoute qu'elle ne tarde pas à amener des lésions secondaires dans les éléments nerveux. Or, voici comment il compend ce qui doit se passer, dans tous les cas de guérison :

« La cause inconnue dans son essence qui amène la congestion des vaisseaux encéphaliques peut, dit-il, spontanément disparaître de même qu'elle était spontanément survenue » ; et il ajoute, en parlant des rémissions, « qu'il est fort probable que les phénomènes vasculaires s'amendent temporairement pour reprendre ensuite leur cours. » Quant aux guérisons, il les explique par « un degré de plus dans l'amendement des phénomènes vasculaires amenant non plus alors une diminution, mais une disparition plus ou moins prolongée et parfois définitive de toutes les manifestations pathologiques. »

Dans tout cela, comme on le voit, il n'est question que d'amendement plus ou moins complet de phénomènes vasculaires ; or si ces phénomènes vasculaires étaient de nature inflammatoire, comment admettre qu'ils peuvent se

prolonger six mois, une année même, sans provoquer les lésions secondaires?

Il importe en outre de faire remarquer qu'il s'agit le plus souvent d'accès de manie et que, comme l'a dit avec raison M. Calmeil, l'exaltation des malades, le tumulte désordonné auquel ils s'abandonnent « contribuent presque toujours avec l'insomnie à aggraver d'une manière rapide leur situation. »

Ne faut-il pas rappeler ici avec Jacobi que cette innocuité de phénomènes inflammatoires si prolongés et dans des conditions si fâcheuses serait d'autant plus étonnante que la couche corticale est regardée comme le siège des facultés intellectuelles et, en outre, que sa vascularisation est très abondante et sa texture des plus délicates?

On a d'ailleurs vu plus haut comment les partisans de la théorie unitaire ont été conduits à admettre que, dans certains cas au moins, les symptômes des premières périodes de la paralysie générale peuvent persister longtemps sans qu'on constate à l'autopsie les lésions de la périencéphalite chronique et comment ils ont alors expliqué ces symptômes par de simples troubles circulatoires. Cela une fois démontré, n'est-il pas plus rationnel de considérer tous les cas de guérison temporaire ou durable comme appartenant à cet ordre de faits, plutôt que d'admettre des guérisons de périencéphalite qui, après avoir persisté six mois ou plus, laisseraient l'intelligence intacte?

On peut d'ailleurs, à l'appui de cette opinion, invoquer dans quelques cas au moins la rapidité avec laquelle le délire disparaît.

Il a été fait mention plus haut d'une nouvelle observation de guérison publiée par M. Mendel. Or, j'extrais de cette observation le passage suivant:

« 8 *janvier* 1870. — Pendant les huit derniers jours l'embarras de parole a été peu marqué; mais les idées délirantes sont des plus absurdes. »

10 *janvier*. — « Je sens, dit le malade, comme des écailles qui me seraient tombées des yeux; j'étais fou, maintenant je me porte tout à fait bien. »

M. Mendel ajoute que ce malade s'exprime sur tout avec calme et raisonnablement; il demande à voir sa femme; il se rappelle différentes scènes de son agitation et en fait une description exacte.

Cet aliéné qui passe tout à coup de la folie à la raison « comme si des écailles lui étaient tombées des yeux, » ne rappelle-t-il pas les transitions si brusques qu'on observe assez souvent dans les simples vésanies?

M. Billod a publié l'observation d'un malade âgé de vingt-sept ans, né d'une mère aliénée et qui avait d'abord été atteint d'un accès de mélancolie avec idées de suicide. Il semble que cet accès n'avait en rien permis de soupçonner une menace de paralysie générale. Cependant, après dix mois de guérison, eut lieu l'explosion d'un accès maniaque avec délire ambitieux, troubles légers de la parole et inégalité des pupilles; la marche présentait elle-même quelque chose d'anormal. Il y avait là assurément des éléments très suffisants de diagnostic pour admettre l'existence d'une périencéphalite chronique. Cependant ce second accès guérit comme le premier, après une durée de *sept mois*. Or, la manière dont eut lieu cette guérison est des plus curieuses.

« Un matin à la visite, dit M. Billod, sans que rien pût faire prévoir un changement, on fut très étonné de trouver B... parfaitement calme, ne déraisonnant plus; reconnaissant qu'il a été aliéné et se souvenant fort bien de toutes les phases de son affection, et, chose remarquable, la veille au soir, notre malade manifestait encore ses mêmes conceptions délirantes. Malgré cette transition si brusque de la folie à la raison, la guérison s'est maintenue et B... sortait quelques jours plus tard sur la demande instante de sa famille. »

« Est-ce une simple rémission ? ajoute M. Billod. Est-ce

une guérison définitive? Toujours est-il que pour le moment il y a guérison ou toutes les apparences de la guérison. »

Ainsi, voici un malade dont la périencéphalite diffuse aurait eu pour expression symptomatique, deux ans auparavant, un accès de mélancolie lequel, comme il arrive assez souvent, ne présentait en apparence au moins rien de spécial et qui cependant d'après les partisans de la théorie unitaire n'en était pas moins le début d'une paralysie générale; après une guérison de dix mois, a lieu l'explosion d'un accès de manie avec délire des grandeurs, troubles de la parole et de la démarche et inégalité des pupilles.

Cet accès de manie dure *sept mois*; alors nouvelle guérison qui se produit d'une manière brusque, du jour au lendemain, comme cela arrive assez souvent dans les vésanies pures.

Quel fait serait plus propre à démontrer que l'accès de mélancolie initial, que l'accès de manie paralytique n'ont été que l'expression symptomatique de simples troubles circulatoires qui, comme on le voit, ont pu disparaître deux fois chez le même malade sans provoquer de lésions organiques graves?

Comment comprendre une périencéphalite ayant pour expression symptomatique, d'abord un accès de mélancolie qui, après dix mois de guérison, est suivi d'un accès de manie lequel, après avoir persisté *sept mois*, guérit brusquement du jour au lendemain?

Je ne puis que le répéter, ces transitions si rapides de la folie à la raison, faciles à comprendre quand il s'agit de simples troubles circulatoires, sont bien difficiles, au contraire, à expliquer si on admet qu'il existe alors des périencéphalites qu'on devrait faire remonter à une ou deux années.

Un dernier argument peut être emprunté aux faits si nombreux qu'on désigne sous la dénomination de rémissions de la paralysie générale. Comme j'ai essayé de le

prouver, ces rémissions ne sont pas autre chose, dans la majorité des cas, que des guérisons d'accès de folie paralytique.

Si ces accès étaient l'expression symptomatique directe d'une périencéphalite chronique, comment expliquer qu'on les voit si souvent guérir au moment même où cette périencéphalite provoque déjà des signes de démence et de paralysie?

Bayle croit pouvoir déduire d'un cas de guérison la preuve que le délire et la paralysie étaient dus dans ce cas à une simple irritation de la substance grise et à un simple état de congestion. Il faut bien convenir qu'après plus de cinquante ans on ne peut guère aujourd'hui que reproduire la même explication.

Il résulte de ce qui précède que les prétendues guérisons de la périencéphalite chronique se produisent toujours avant l'apparition des symptômes pathognomoniques et des lésions caractéristiques.

Les malades guéris n'avaient pas encore dépassé la période de perversion fonctionnelle, et tous les symptômes de cette période peuvent être expliqués par de simples troubles circulatoires.

Cette opinion une fois admise, il devient facile de comprendre les diverses formes de cette première période, ses transformations, ses intermittences et la rapidité avec laquelle les guérisons ont lieu dans quelques cas.

L'étude des guérisons fournit donc une objection de plus contre la théorie unitaire.

Dès qu'il est démontré que, dans quelques cas au moins, les symptômes des premières périodes de la paralysie générale peuvent être indépendants de la périencéphalite chronique et être produits par de simples troubles circulatoires, il est rationnel de considérer les guérisons comme des cas de même nature.

IX. — *De la paralysie générale à formes alternes et de la paralysie générale à double forme.*

Il me semble qu'on n'a peut-être pas suffisamment fait remarquer jusqu'ici la fréquence de la folie paralytique à formes alternes; les cas de ce genre paraissent en effet plus nombreux chez les paralytiques que chez les simples vésaniques.

Rien de plus commun, quand un malade est sorti d'un asile guéri d'un accès de manie paralytique, que de le voir revenir atteint de mélancolie.

Si ce malade, au contraire, a commencé par être mélancolique, il rentrera en proie à l'excitation maniaque.

Dans beaucoup de cas, il n'y a qu'une seule intermittence et la mort arrive pendant le second accès. Tel est le cas du jeune médecin dont j'ai cité plus haut l'observation. Atteint d'un accès de manie avec délire des grandeurs, il guérit au bout de trois mois; mais, après cinq mois d'une guérison qui semblait complète, il devint mélancolique et mourut tuberculeux.

Dans d'autres cas, on observe une succession de trois ou même de quatre accès. On a pu lire dans le dernier numéro des *Annales* une observation de ce genre publiée par M. Camuset. Le malade n'est tombé dans la démence paralytique qu'après avoir été guéri de trois accès qui s'étaient succédé dans l'ordre suivant: mélancolie, manie, mélancolie. Bien que ce malade, après la guérison du troisième accès, offrît quelques signes légers d'affaiblissement intellectuel, cependant il avait pu sortir de l'asile de Vaucluse et être placé à Paris comme gérant d'un restaurant. Les progrès de la démence paralytique le forcèrent bientôt de renoncer à son emploi.

Dans la folie paralytique à double forme, les accès, au lieu d'être séparés par des intervalles plus ou moins longs,

se succèdent après une simple période de transition, mais au fond les faits sont de même nature et il est souvent assez difficile de les distinguer.

Quoi qu'il en soit, ces faits sont aussi embarrassants les uns que les autres si on cherche à les expliquer en se plaçant au point de vue de la théorie unitaire.

Quand M. Calmeil a dû se rendre compte de la pluralité des formes de la pérencéphalite, il n'a pas manqué de faire remarquer qu'il est difficile de comprendre comment dans tel cas la maladie débute par un accès de manie et dans tel autre par un accès de mélancolie (1). « A ceux, dit-il, qui seraient tentés de demander comment il peut se faire qu'une même phlegmasie ait le pouvoir de se traduire au dehors par des manifestations psychiques aussi peu concordantes, nous répondrons que nous ne savons pas pourquoi l'inflammation a le pouvoir d'agir sur l'intelligence; que nous ne savons pas davantage pourquoi elle fait naître tantôt la fureur, tantôt des idées d'orgueil, tantôt des idées de suicide, mais qu'il n'est pas moins positif que l'encéphalite enfante souvent les désordres les plus variés dans leur aspect fonctionnel. »

Il est certain, en effet, que beaucoup d'auteurs ont dû se demander comment, selon les expressions de M. Calmeil, « *une même phlegmasie* a le pouvoir de *se traduire au dehors par des manifestations psychiques aussi peu concordantes.* » Pour n'en citer qu'un seul, M. Dagonet, par exemple, ne balance pas à affirmer « que la paralysie générale qui donne lieu à des manifestations morbides si variées et si nombreuses ne saurait tenir évidemment à une lésion unique. »

Comment admettre, en effet, que l'accès de mélancolie caractérisé, pendant plusieurs mois, par une dépression profonde et le délire le plus triste, soit l'expression symptomatique des mêmes lésions qui, chez un autre malade,

(1) Calmeil, *Malad. inflam. du cerveau*, t. I, p. 353.

entretiendront également pendant plusieurs mois l'exaltation maniaque avec délire des grandeurs?

Mais s'il est difficile de comprendre qu'une même lésion puisse avoir pour expression symptomatique directe, chez el malade, un accès de manie et chez tel autre un accès de mélancolie, il est bien plus difficile encore d'expliquer la succession chez le même malade de ces accès si différents. tC'est cependant ce qu'il faudrait admettre pour les cas de paralysie générale à formes alternes et de paralysie générale à double forme.

La folie paralytique à formes alternes, dont les accès sont séparés par des intervalles plus ou moins longs, constitue une maladie intermittente dont la marche est plus ou moins rapidement arrêtée par les progrès de la démence paralytique.

Il n'est pas besoin d'ajouter que, dans les cas dont je viens de parler, les transformations et les intermittences ne portent que sur le délire. Cette remarque avait déjà été faite par Combes. « La folie paralytique, dit-il, ne peut subir de véritable transformation, ou du moins cette dernière ne peut porter que sur l'élément délirant (1).

En résumé, il est très difficile d'admettre que la périencéphalite diffuse puisse avoir pour expression symptomatique directe une succession d'accès de manie et de mélancolie, séparés par des intervalles de santé apparente.

La folie paralytique à formes alternes et à double forme, avec ses transformations et ses intermittences, se rapproche trop des névroses pour qu'on puisse l'expliquer autrement qu'en se reportant aux folies à formes alternes et aux folies à double forme purement vésaniques.

Je crois devoir surtout renvoyer ici aux cas cités plus haut et dans lesquels la folie à double forme revêt l'apparence de la paralysie générale.

(1) Combes, *De la marche de la folie*, thèse, p. 34.

De ce qui précède, je crois pouvoir conclure que la folie paralytique à formes alternes et à double forme fournit une nouvelle objection contre la théorie unitaire, et que les faits cliniques trouvent au contraire une explication très simple dans la théorie dualiste.

IV

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE ET NATURE DE LA FOLIE PARALYTIQUE.

On a vu plus haut comment plusieurs auteurs, n'ayant pas pu constater à l'autopsie les lésions de la périencéphalite chronique, ont été conduits à expliquer, dans quelques cas, les symptômes des premières périodes de la paralysie générale par de simples troubles circulatoires. Je dois aussi rappeler que le docteur Nasse n'a pas seulement admis des *pseudo-paralysies générales alcooliques*, parce qu'il observait quelques guérisons, mais encore, dit-il, parce que les conditions anatomiques des premières périodes de la paralysie générale sont encore très mal déterminées. Longtemps avant lui, M. Mesnet, en rendant compte des travaux de Salomon, avait fait la même remarque, et on doit avouer que, malgré beaucoup d'efforts, on ne paraît pas beaucoup plus avancé aujourd'hui (1).

Je me bornerai à rappeler ici l'opinion de quelques auteurs.

Lubimoff, dans son étude sur l'évolution des lésions histologiques de la paralysie générale, a surtout insisté sur ce fait que, dans toutes les autopsies de paralytiques généraux pratiquées par lui, il a rencontré dans les centres nerveux des traces d'hyperhémies antérieures. *Il considère donc*,

(1) Voir à cet égard *Ann. méd. psych.*, 1878, t. XIX, p. 161 et 321; Doutrebente, *Des rémissions dans la paralysie générale, etc.*

comme étant le point de départ des troubles psychiques observés chez ces malades, les anomalies de la distribution du sang. Il ajoute que c'est aussi l'opinion du professeur Meynert.

M. Luys, dans son récent Traité sur les maladies mentales, s'exprime de la manière suivante en parlant des troubles purement vasculaires qui précèdent le début de la sclérose interstitielle diffuse.

« Il est incontestable, dit-il, que le travail d'hyperplasie plastique ne peut commencer qu'à la suite de phénomènes préparatoires qui dépendent tout d'abord de troubles survenus dans les conditions intimes de la circulation cérébrale. *Il y a vraisemblablement, comme phénomènes pathogéniques des périodes de début, des troubles vaso-moteurs primitifs, des spasmes persistants des canaux sanguins, qui doivent amener çà et là des troubles concomitants dans la vie intime des éléments cellulaires et nerveux, exalter ou abaisser ses activités propres et par cela même servir de point de départ, au processus sclérosique ultérieur.*

« Cette opinion qui est la nôtre, ajoute-t-il, a déjà été mise en avant et soutenue par les recherches spéciales de Georges Thomson. C'est à notre avis la seule façon physiologique de comprendre le développement du processus pathologique de la paralysie générale. »

M. Georges Thomson, cité ici par M. Luys, explique par les troubles circulatoires du début les altérations organiques propres à la démence paralytique.

« Les lésions trouvées après la mort ne sont pas, dit-il, la cause mais le résultat des modifications organiques du début, qui n'ont pas besoin d'avoir une durée très longue pour déterminer ces lésions secondaires (1). »

Voici, sur la physiologie pathologique de la période de perversion fonctionnelle, l'opinion de M. Foville :

(1) *Ann. méd.-psych.*, 1878, tome XX, p. 441.

« Tout le monde, dit-il, s'accorde à attribuer la démence de la paralysie générale à la dégénérescence atrophique des éléments nerveux de la couche corticale des lobes antérieurs, et le délire à *l'exaltation fonctionnelle de ces mêmes éléments sous l'influence de l'hyperhémie, des poussées congestives et peut-être aussi de l'ischémie temporaire qui peuvent s'y produire.* »

Quant aux symptômes somatiques, le même auteur s'exprime de la manière suivante : « *C'est d'abord, dit-il, par l'excitation que produisent dans les différents centres moteurs l'hyperhémie du début de la maladie et les poussées congestives de la partie moyenne* et ensuite par les progrès de la dégénérescence scléreuse de la période de déclin que s'expliquent les troubles progressifs de la motilité. »

Or, ces troubles de la motilité commencent d'abord par être ataxiques et c'est plus tard seulement qu'ils deviennent réellement paralytiques.

On voit donc qu'il en est ici, pour les lésions de la motilité comme pour les lésions de l'intelligence. Dans les deux cas, il s'agit d'hyperhémie et de troubles circulatoires pour expliquer le délire et les phénomènes d'excitation et d'ataxie musculaire; dans les deux cas aussi, c'est à la dégénérescence scléreuse qu'on rapporte la démence et la paralysie.

La preuve d'ailleurs que, dans les formes vésaniques de la paralysie générale, les deux ordres de symptômes sont l'expression des mêmes lésions, c'est qu'on les voit le plus souvent apparaître et disparaître en même temps. Le délire des grandeurs, l'hésitation de la parole et l'inégalité des pupilles forment une sorte de syndrome associé à l'excitation maniaque et qui disparaît avec elle. Je crois, en outre, devoir faire remarquer que la mobilité de ces symptômes ne permet guère d'en donner une autre explication.

Quant aux causes auxquelles il faut rapporter les troubles circulatoires eux-mêmes, il n'est pas besoin de dire qu'elles sont des plus variées; il faudrait rappeler ici toutes

celles qui peuvent développer la prédisposition à la folie et la prédisposition aux congestions cérébrales (émotions morales, excès intellectuels, excès sensuels, etc.).

Dans tous ces cas, la folie paralytique est primitive, mais il en est beaucoup d'autres où elle est secondaire et constitue une simple complication d'affections organiques préexistantes du système nerveux. De toutes ces affections, la plus fréquente est assurément la sclérose interstitielle diffuse, quand elle est primitive; mais la folie paralytique intervient aussi comme complication dans les affections organiques locales du cerveau et dans les maladies de la moelle et je crois pouvoir rappeler ici le travail que j'ai publié sur ce sujet en 1881 (1).

Les lésions organiques locales du cerveau provoquent la folie paralytique par une irritation de voisinage plus ou moins étendue; mais pourquoi, sous l'influence de cette irritation, voit-on éclater tantôt la manie tantôt la mélancolie ? Je ne puis que renvoyer ici à l'intéressant ouvrage de M. Mairet sur *la démence mélancolique* et dans lequel il a essayé de résoudre cette question au moins pour ce qui a trait au délire mélancolique.

On peut conclure, je crois, de ce qui précède que les lésions des premières périodes de la paralysie générale sont encore très mal définies.

On explique le délire selon sa forme par l'exaltation ou la dépression des éléments nerveux sous l'influence de l'hyperhémie ou de l'ischémie, et les symptômes d'ataxie musculaire par l'irritation des centres moteurs sous l'influence des mêmes causes.

Ne faut-il pas rappeler ici que Parchappe, après ses longues recherches d'anatomie pathologique, a signalé dans la folie simple mélancolique ou maniaque l'hyperhémie comme une lésion presque constante. Or, dans la folie sim-

1) *Ann. méd-psych.*, t. V, p. 398.

ple, il y a aussi exaltation ou dépression des éléments nerveux (1).

En résumé, il me semble qu'il faut avant tout ne point oublier que les symptômes qu'on cherche à expliquer, sont uniquement des symptômes de perversion fonctionnelle, qu'ils sont souvent mobiles et passagers et qu'on les voit parfois se transformer d'une manière complète. En se fondant sur tous ces caractères, on peut donc les attribuer comme on l'a fait, à de simples troubles circulatoires.

Quant à la nature de la folie paralytique, il importe avant tout de faire remarquer que cette maladie est constituée par deux éléments très distincts.

Le premier est le délire qui se présente sous diverses formes, c'est l'élément vésanique.

Le second est l'élément somatique. Il comprend les symptômes d'ataxie musculaire.

La folie paralytique, comme la folie simple, est souvent due à l'influence de l'hérédité purement vésanique; mais plusieurs auteurs l'ont, en outre, attribuée à une prédisposition héréditaire aux congestions cérébrales. Or, les congestions cérébrales, comme la folie paralytique, sont plus fréquentes chez les hommes et dans l'âge moyen de la vie. Ce rapport permettrait peut-être d'expliquer pourquoi la manie simple est si rare chez les hommes de trente à soixante ans et semble chez eux remplacée par la folie paralytique.

M. Foville a fait, en 1872, une statistique des maniaques à Charenton, et, contrairement à l'opinion de beaucoup d'auteurs, il n'a trouvé qu'une proportion de 7 p. 100.

On sait que la manie est la forme de la folie la plus fréquente de vingt à trente ans. Or, on doit admettre qu'en séparant les cas appartenant aux jeunes sujets, ce chiffre de 7 p. 100 serait beaucoup diminué.

(1) Voir ce que M. Voisin a écrit sur l'hyperhémie dans la folie simple (*loc. cit.* p. 307).

En outre, ce qui resterait s'appliquerait encore aux deux sexes, et en retranchant les cas de manie chez les femmes, ne doit-on pas se demander ce qui resterait de cette proportion de 7 p. 100 pour la manie simple chez les hommes de trente à soixante ans ?

M. Mendel admet *a priori* que, dans les grandes villes, tout accès de manie chez un homme de trente-cinq à quarante-cinq ans fait soupçonner le début d'une paralysie générale, et il rappelle que la manie simple est rare chez les hommes au delà de trente ans.

Il y a bien longtemps qu'un médecin, chargé dans une grande ville d'un nombreux service d'aliénés, m'assurait qu'il n'observait plus de manies simples chez les hommes dans l'âge moyen de la vie. Tous les faits lui semblaient pouvoir être rattachés à la paralysie générale ou à l'alcoolisme.

M. Foville rappelle, d'ailleurs, que tant que la paralysie générale n'a pas été bien connue, on confondait dans des cas nombreux la forme maniaque de cette maladie avec la manie simple. La ressemblance, en effet, est souvent si complète que M. Calmeil, comme il a été dit plus haut, quand il a dû décrire cette forme maniaque de la paralysie générale, s'est arrêté en disant *qu'il était inutile de reproduire tous les traits de la manie.*

D'après ce qui précède, peut-être serait-il possible d'admettre que, chez les hommes et dans l'âge moyen de la vie, la manie paralytique remplace la manie simple, et c'est un fait qui ne serait pas sans intérêt pour juger la nature de la folie paralytique. On pourrait, en effet, expliquer ainsi la réunion des deux éléments qui dans le plus grand nombre des cas constituent cette maladie. Je dis dans le plus grand nombre des cas, car il importe de rappeler que la folie paralytique peut exister sans symptômes somatiques et c'est un point sur lequel je crois devoir insister de nouveau.

Il importe d'abord, quant aux observations cliniques de se reporter à ce qui a été dit plus haut des *paralysies gé-*

nérales sans embarras de parole, ou du *délire paralytique dans la manie simple*. Il résulte de ces observations que la manie ambitieuse peut parcourir toutes ses phases et guérir sans qu'on observe de lésions des mouvements, et qu'elle n'en est pas moins alors une folie à part qu'on doit séparer de la folie simple.

Elle est devenue une folie spéciale par le seul fait de l'apparition du délire des grandeurs diffus et incohérent, délire spécial prélude de lésions organiques très différentes de celles qui terminent les folies simples.

Il en est de même du délire hypochondriaque dans la mélancolie, lorsque les conceptions délirantes revêtent certains caractères.

C'est assurément un fait très étrange et tout à fait inexpliqué que le rapport du délire ambitieux et du délire hypochondriaque avec les congestions cérébrales et la paralysie générale; mais quelque étrange qu'il soit, il ne peut être révoqué en doute.

Il convient encore de rappeler que les symptômes somatiques, après avoir existé plus ou moins longtemps, peuvent disparaître d'une manière définitive. C'est ce qui a lieu, comme on l'a vu, dans les cas cités plus haut de folie paralytique se terminant par la folie chronique ou par la démence simple sans paralysie.

Quand les deux éléments qui constituent le plus souvent la folie paralytique sont réunis, la prédominance de l'un d'eux peut expliquer la forme que revêt la maladie, sa marche et quelquefois son mode de terminaison.

Si c'est l'élément vésanique qui prédomine, on observera les formes dites vésaniques de la paralysie générale, celles dans lesquelles on voit pendant longtemps le délire occuper toute la scène; les rémissions seront alors plus fréquentes, plus complètes et plus longues; c'est alors aussi qu'on observera quelques cas de guérison ou de terminaison par la démence simple sans paralysie.

On ne constate nulle part cette prédominance de l'élément vésanique plus nettement que dans la période maniaque de la folie à double forme. Au délire des grandeurs peuvent se trouver réunis le trouble de la parole et l'inégalité des pupilles; mais ces symptômes n'arrêtent point la marche de la maladie qui continue ainsi un assez grand nombre d'années; les symptômes somatiques n'ont donc ici qu'un rôle accessoire.

Lorsqu'au contraire, ce sont les symptômes somatiques qui prédominent, on voit, et souvent sous l'influence d'accidents congestifs, apparaître très rapidement la démence et la paralysie,et le délire alors d'élément principal devient accessoire.

La folie paralytique,comme on le sait,revêt dans la grande majorité des cas la forme maniaque ou la forme mélancolique il est rare qu'elle offre les caractères du délire partiel.

Il n'est pas besoin de faire remarquer que, dans ces diverses formes, la nature de la maladie diffère comme elle diffère dans les folies simples; mais que, dans tous les cas, elle conserve néanmoins la gravité spéciale que lui imprime le délire ambitieux ou hypochondriaque et les troubles musculaires.

Les conditions auxquelles on devrait rattacher les délires spéciaux sont tout à fait inconnues, et on ne peut que les attribuer, comme on l'a fait, à de simples troubles circulatoires qui, selon leur nature, exaltent ou dépriment l'action des éléments nerveux.

Il est plus facile de comprendre la production des troubles musculaires qui, contrairement à ce qui a lieu pour le délire,sont toujours les mêmes et ne subissent pas les transformations des symptômes psychiques.

En résumé, la folie paralytique est, avant tout, une espèce de folie à laquelle s'associe, dans l'âge moyen de la vie et plus souvent chez les hommes, un élément nouveau révélé par les délires spéciaux et les symptômes somatiques

C'est une folie *cum materia.*

On peut, en la rapprochant de la folie simple, dire qu'elles sont deux rameaux de la même branche (1).

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

La paralysie générale se présente sous deux formes qui diffèrent beaucoup entre elles par leurs symptômes, leur marche et même quelquefois par leur mode de terminaison.

La première est caractérisées, dès le début, par la démence et la paralysie, c'est-à-dire par des symptômes d'abolition fonctionnelle.

Elle n'a, sous cette forme, ni intermittences ni transformations, elle est continue, progressive et toujours incurable.

On peut, dans tous les cas de ce genre, la désigner d'une manière très exacte par la dénomination de *démence paralytique.*

La seconde forme offre un aspect très différent.

Elle est caractérisée, pendant les premières périodes, par le délire et le plus souvent par quelques troubles musculaires de nature ataxique, c'est-à-dire par des symptômes de perversion fonctionnelle.

Le délire a des caractères variés. Tantôt on observe pendant plusieurs mois tous les symptômes d'un accès de manie, tantôt ceux d'un accès de mélancolie, enfin il est des malades qui sont alternativement maniaques ou mélancoliques.

Les faits très nombreux qui se rattachent à cette seconde forme, expliquent la dénomination de *folie paralytique* employée encore aujourd'hui comme synonyme de paralysie générale.

La folie paralytique peut guérir, mais les guérisons sont rarement définitives.

(1) C'est ce que Marcé a dit de la folie simple et de la paralysie générale, mais à mon avis, cela n'est vrai que pour la folie paralytique considérée comme maladie distincte de la démence paralytique.

Dans le plus grand nombre des cas, le malade revenu à la raison présente des signes d'affaiblissement intellectuel, qui marquent le début d'une démence paralytique qui ne manquera pas de se développer plus ou moins rapidement.

Le travail qui précède a pour but, comme je l'ai dit en commençant, de démontrer que la *démence paralytique* et la *folie paralytique*, considérées par les partisans de la théorie unitaire comme deux formes de la même maladie, constituent au contraire deux affections distinctes et ayant chacune une existence qui lui est propre.

On ne conteste pas ce fait pour la démence paralytique.

Tout le monde admet qu'elle peut parcourir toutes ses périodes sans que le malade ait des conceptions délirantes. Elle n'a donc, dans tous les cas de ce genre, aucun rapport avec la folie. Elle forme désormais, comme l'a dit M. Charcot, un type vulgaire et classique.

Ceci admis, toute la question, comme on le voit, se réduisait à démontrer qu'il existe bien réellement des accès de manie et de mélancolie dont les symptômes spéciaux ont paru suffire jusqu'ici pour établir le diagnostic de la paralysie générale et qui cependant sont indépendants de la périencéphalite chronique.

Pour prouver l'existence de ces accès j'ai cru pouvoir nvoquer les faits suivants :

I

Il existe désormais, dans la science, un certain nombre d'observations qui démontrent *que les symptômes psychiques et somatiques de la paralysie générale, persistent dans certains cas, une année et plus sans, être liés aux lésions de la périencéphalite chronique et qu'ils peuvent s'expliquer alors par de simples troubles circulatoires* (Foville, Régis, Mendel) (1).

(1) *Ann. méd. psych.*, 1883, t. IX, p. 48.

En reconnaissant ainsi que les symptômes des premières périodes de la paralysie générale à forme vésanique ne sont pas comme on le croyait, *nécessairement et fatalement subordonnés* aux lésions de la périencéphalite chronique, on a par le fait admis l'existence d'une folie paralytique indépendante de cette maladie.

II

Il y a des cas où la paralysie générale ayant été plus ou moins longtemps caractérisée par ses deux ordres de symtômes psychiques et somatiques, on voit les troubles musculaires disparaître pour ne plus revenir; la maladie se termine alors par la démence simple sans paralysie.

Dans tous les cas de ce genre, il ne paraît pas qu'on puisse songer à expliquer les symptômes par l'existence d'une périencéphalite chronique.

Ces symptômes doivent donc être attribués à de simples troubles circulatoires.

III

On a vu comment quelques auteurs ont été conduits à admettre des *pseudo-paralysies générales alcooliques,* après avoir observé successivement chez le même malade plusieurs accès de paralysie générale se terminant par la guérison. Je crois même devoir rappeler que, chez un malade cité par M. Ball, ces guérisons se sont répétées seize fois.

Il n'est guère possible, ici encore, de s'arrêter à l'idée d'une périencéphalite chronique. Les *pseudo-paralysies générales alcooliques* peuvent donc servir à démontrer l'existence d'une folie paralytique alcoolique indépendante de la périencéphalite chronique.

IV

Il y a des cas où la période maniaque de la folie à double forme offre tous les symptômes de la forme maniaque

de la paralysie générale, ce qui n'empêche pas la maladie de se prolonger un grand nombre d'années.

Il est bien évident qu'il n'y a ici qu'une vésanie à laquelle se trouvent associés passagèrement des symptômes somatiques qui n'ont qu'une importance accessoire et qu'on ne peut, malgré l'existence de ces symptômes, admettre l'idée d'une périencéphalite chronique.

Des quatre ordres de faits que je viens de rappeler, je crois pouvoir conclure qu'il existe une *folie paralytique* indépendante de la périencéphalite chronique et ayant une existence qui lui est propre.

Les conséquences de ce fait pour l'interprétation de beaucoup d'observations cliniques sont faciles à déduire.

I

Il est difficile de comprendre comment un accès de manie avec délire des grandeurs peut guérir, laissant après lui les symptômes et les lésions de la périencéphalite chronique, en admettant que cet accès a été lui-même un symptôme direct de l'inflammation. Cette guérison d'une prétendue première période n'est-elle pas étrange, en présence des symptômes commençants de la seconde période? C'est cependant ce qu'on verrait très souvent dans ce qu'on appelle les rémissions de la paralysie générale.

L'objection disparaît, si on admet que ces accès de manie ont une existence qui leur est propre. Ils peuvent alors, en effet, guérir et laisser après eux des lésions secondaires et les symptômes de la démence paralytique à son début.

II

On a vu combien les auteurs sont embarrassés, quand il s'agit d'expliquer « par une même phlegmasie » la succes-

sion chez le même malade d'accès de manie et de mélancolie.

On est habitué à voir ces transformations et ces intermittences dans les vésanies pures ; mais il est bien difficile de regarder ici les accès dans lesquels on les observe autrement que comme une complication de la périencéphalite chronique diffuse.

L'objection cesse d'exister, si on admet une folie paralytique ayant les mêmes symptômes, les mêmes formes, les mêmes transformations que la folie simple. Cette folie paralytique tantôt précédera la périencéphalite chronique, tantôt interviendra comme complication.

III

Il y a dans la science des exemples de guérison de paralysie générale qui se sont produites après six mois, huit mois ou même une année. J'ai cité plus haut, d'après M. Moreaux, l'observation d'un alcoolique qui offrait un type de paralysie générale et qui a guéri après plusieurs années. Comment une périencéphalite peut-elle se prolonger aussi longtemps dans un tissu, aussi vasculaire et aussi délicat que la substance grise, sans provoquer des lésions graves, lésions qui ne permettraient pas de comprendre le rétablissement de l'exercice normal de l'intelligence?

Ce sont des cas de guérison, comme il a été dit plus haut, qui ont conduit certains auteurs à admettre des *pseudo-paralysies générales*, c'est-à-dire des folies paralytiques indépendantes de la périencéphalite chronique. Ces auteurs ont ainsi fait disparaître l'objection que soulèvent tous les cas de guérison se produisant après une assez longue durée de la maladie.

IV

Tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'il y a

des faits assez nombreux, difficiles à classer entre la folie simple et la paralysie générale, et je ne puis que renvoyer à ce qui a été dit des *paralysies générales sans embarras de parole, et du délire paralytique dans la folie simple.* Dans certains cas, on est obligé d'attendre la terminaison de la maladie pour porter un jugement définitif sur sa nature. Si le malade devient paralytique, on admet que l'accès de délire n'était que le début de la périencéphalite chronique. Il devient un accès *speudo-maniaque* (Luys) si, au contraire, ce malade guérit sans avoir présenté aucun symptôme somatique, on dit qu'il a été simplement menacé de paralysie générale, mais son accès est alors considéré comme un accès de folie simple.

Ces difficultés disparaissent si on admet une folie paralytique qui peut n'être caractérisée que par des symptômes psychiques spéciaux.

Comme j'ai essayé de l'établir, ces symptômes spéciaux constituent dans tous les cas une menace de paralysie générale et aggravent le pronostic ; ils suffisent donc pour séparer ces accès des accès de folie simple.

En admettant une folie paralytique, indépendante de la périencéphalite chronique, on voit donc disparaître plusieurs objections graves que soulève la théorie unitaire. On parvient, en outre, à classer des faits qui sont l'objet de continuelles dissidences. Je crois d'ailleurs devoir rappeler que ce sont ces objections et ces dissidences qui ont conduit M. Jules Falret à déclarer que l'histoire de la paralysie générale est à refaire, et qu'il y a lieu désormais de rechercher une nouvelle théorie qui puisse renfermer tous les faits.

La folie paralytique, avec ses formes variées, ses intermittences et ses transformations, ne peut être expliquée par une seule et même lésion.

Les lésions qui la produisent pouvant se prolonger longtemps dans un tissu aussi vasculaire et aussi délicat que la substance grise sans provoquer d'altérations graves et irréductibles, on a cru pouvoir attribuer les symptômes à de simples troubles circulatoires.

La folie paralytique est constituée par deux éléments très différents, l'un vésanique et l'autre somatique.

La prédominance de l'un de ces éléments peut expliquer les cas si variés qui se présentent à l'observation, la marche, et quelquefois le mode de terminaison de la maladie.

C'est par l'élément somatique que la folie paralytique diffère de la folie simple.

C'est une folie *cum materia*.

CONCLUSIONS

1° La paralysie générale n'a que deux ordres de symptômes constants et pathognomoniques : les symptômes de démence et de paralysie. Elle est essentiellement une *démence paralytique*.

2° La démence paralytique, dans un assez grand nombre de cas, parcourt toutes ses périodes sans que le malade ait de conceptions délirantes. Elle a donc une existence indépendante de la folie.

3° Il existe une espèce de folie caractérisée par des conceptions délirantes ambitieuses ou hypochondriaques, offrant des caractères spéciaux et auxquelles s'associent le plus souvent des symptômes d'ataxie musculaire.

Cette espèce de folie considérée jusqu'ici, selon les cas, tantôt comme une folie simple, tantôt comme une forme de paralysie générale, a une existence qui lui est propre.

Elle constitue toujours, même dans les cas légers, une menace de paralysie générale; on pourrait la désigner sous la dénomination de *folie paralytique*.

4° A la folie paralytique se rattachent tous les cas décrits dans ces dernières années sous la domination de *pseudo-paralysie générale*, au moins tous ceux qui présentent la forme vésanique.

5° La folie paralytique peut se terminer par la guérison, quelquefois par la démence simple sans paralysie ; mais dans le plus grand nombre des cas, elle se termine par la démence paralytique.

La paralysie générale, contrairement à l'opinion des partisans de la théorie unitaire, est donc souvent une maladie secondaire.

6° La folie paralytique peut éclater chez des malades déjà atteints de périencéphalite chronique; elle constitue alors une véritable complication.

7° Les accès de folie paralytique qu'on observe comme complication au début de la périencéphalite chronique guérissent assez souvent, mais la maladie primitive et principale poursuit son cours. C'est ce qu'on appelle les rémissions de la paralysie générale.

8° La folie paralytique, à part les caractères spéciaux indiqués plus haut, offre les mêmes symptômes, les mêmes formes, les mêmes transformations que la folie simple.

De même que les malades atteints des différentes formes de folie simple arrivent, comme on l'a dit, par des chemins différents à la démence simple; de même les malades, atteints des différentes formes de folie paralytique, arrivent aussi par des chemins différents, mais beaucoup plus rapidement, à la démence paralytique.

9° La folie paralytique n'a pu jusqu'ici être expliquée que par de simples troubles circulatoires; elle est constituée

par deux éléments différents, l'un vésanique et l'autre somatique.

C'est la folie *cum materia* (1).

(1). Dans la dernière discussion qui a eu lieu à la Société médico-psychologique sur la paralysie générale, M. Billod a fait à la théorie dualiste les deux objections suivantes :

1° Si la paralysie générale et la folie paralytique sont deux maladies distinctes on doit, quand elles sont réunies chez le même malade, admettre deux lésions différentes. Or, dit M. Billod, « comment expliquer dans ce cas la coexistence dans le même tissu de deux altérations assez distinctes pour que l'une fût organique c'est-à-dire persistante, et que l'autre ne le fût pas? »

Je crois devoir faire remarquer pour répondre à cette objection, qu'elle pourrait également être faite, lorsque la folie simple passe à la démence. On voit dans ce cas le délire disparaître à mesure que la lésion organique fait des progrès. Pendant plus ou moins longtemps selon les cas, il y a en effet coexistence d'une lésion organique qui commence et d'une lésion nerveuse qui finit.

Il en est de même dans la paralysie générale.

Quand le délire occupe toute la scène, c'est que la *lésion organique* n'existe pas encore ou ne fait que commencer. Quand au contraire cette lésion est complètement développée le délire a disparu et la démence existe seule.

Les deux lésions se succèdent lentement dans la folie simple, souvent très rapidement dans la folie paralytique.

Les symptômes pathognomoniques de la paralysie générale sont des symptômes d'abolition fonctionnelle (démence et paralysie), on les explique par la dégénérescence de la couche corticale.

Le délire est un symptôme de perversion fonctionnelle, on l'attribue à l'exaltation des éléments nerveux.

Avec le délire très actif, point de dégénérescence avancée.

Avec la dégénérescence complète, point de délire.

Je ne puis que répéter qu'il n'y a au fond aucune différence sous ce rapport entre la folie simple et la folie paralytique.

2° « Comment, dit M. Billod, en considérant dans l'espèce connue de nos jours sous le nom de folie paralytique la vésanie et la paralysie générale comme deux entités morbides distinctes, expliquer la spécialité du délire propre à cette vésanie? En d'autres termes, comment se pourrait-il que par cela seul qu'elle se trouve accolée si l'on peut ainsi dire, à la paralysie générale, la vésanie eût des caractères spéciaux, qu'elle n'a pas d'ordinaire, dans les autres natures de folie? »

Le travail qui précède me paraît répondre à cette seconde objection.

Son but est précisément de prouver que la spécialité du délire dans la folie paralytique ne tient pas à son association avec la périencéphalite chronique.

J'ai en effet essayé de démontrer que la folie paralytique avec les délires spéciaux qui la caractérisent peut s'observer en dehors de la périencéphalite chronique et qu'elle a une existence qui lui est propre.

DE

L'ÉTAT MENTAL DANS L'HYPNOTISME

par le Dr D. HACK TUKE (1)

Traduit de l'anglais par le Dr V. PARANT,
Médecin de la Maison de santé de Toulouse.

(*Suite et fin.*)

De l'étude des sensations nous passons à celle des autres conditions mentales. Il est à peine besoin de rappeler que des états très divers sont compris sous le nom d'hypnotisme, et que si l'on parlait de tel ou tel caractère psychique de l'hypnotisme sans plus ample explication, on pourrait en donner une notion erronée.

I. La perception mentale peut ne pas faire défaut et le sujet peut paraître à peu près semblable à tout le monde. Il peut ne présenter, comme indice de son état psychique, qu'une certaine sensibilité aux impressions mentales, et comme indice de son état physique, l'aptitude à la rigidité des membres.

Cela provient-il de ce que l'écorce cérébrale est juste assez affaiblie pour ne plus pouvoir exercer ses fonctions les plus élevées sans avoir perdu ses fonctions secondaires?

(1) *On the Mental Condition in Hypnotism*, by D. Hack Tuke, M. D., tiré de « The Journal of Mental science. » Avril 1883.

A coup sûr, l'intelligence peut être assez éveillée pour sembler n'être le siège d'aucune manifestation anormale, tandis que la volonté est impuissante à modifier la rigidité réflexe provoquée dans un membre par les impressions sensorielles. Si, dans le sommeil ordinaire, alors que l'écorce cérébrale devient complètement inactive, on ne peut pas produire la même rigidité réflexe, cela tient sans doute à ce que le sommeil agit non seulement sur l'écorce, mais encore sur les ganglions de la base du cerveau.

II. A un degré plus avancé d'hypnotisme, l'altération des fonctions mentales elles-mêmes devient plus accusée, le sujet perd plus complètement le contrôle volontaire sur ses actions et sur le cours de ses idées; tout ce qu'on lui dit de faire, il le fait, obéissant aux ordres ou suggestions de l'opérateur. Si, par exemple, on lui demande son nom, il répond correctement, articulant le mot sans la moindre difficulté; mais si on lui dit impérieusement qu'il ne peut pas répondre, il s'efforce vainement de le faire. A-t-il réellement oublié son nom? ou bien, quoiqu'il s'en souvienne, a-t-il perdu la faculté de se servir des muscles de la prononciation, parce qu'on lui a imposé la croyance qu'il ne pouvait pas articuler son nom? Ce phénomène paraîtrait dû plutôt à la perte momentanée de la mémoire du nom; on peut comparer cette condition à celle d'un homme à l'état normal à qui l'on demande subitement le nom d'une autre personne; bien qu'il n'éprouve aucun trouble du côté de l'intelligence, il peut oublier ce nom et réussir d'autant moins à le retrouver qu'il s'efforce davantage d'y parvenir. Parmi les savants dont l'intelligence est assurément dans un état presque parfait d'aptitude fonctionnelle, y en a-t-il un qui, après avoir sonné à la porte d'un ami, ne se soit abandonné à la rêverie en attendant l'arrivée d'un serviteur? Alors, peut-être, ayant à se souvenir du nom de la personne qu'il demande, il se met à craindre de l'avoir oublié et il l'oublie

réellement, à son propre désappointement et à l'embarras du concierge.

Pendant les expériences dont nous avons parlé, un jeune homme du nom de Batt, voulut prononcer quand même son propre nom, quoiqu'il fût sous l'influence de Hansen, et que ce dernier lui eût défendu de le faire. Malgré des efforts énergiques et prolongés, malgré de ridicules grimaces, il ne put prononcer que la première lettre B et en fut réduit à des gesticulations silencieuses. Bien qu'il eût oublié son propre nom, il prononça correctement celui de M. Hansen, ce qui montre bien que ses muscles n'étaient pas paralysés. Ce jeune homme n'était pas un sujet de Hansen, quoiqu'il eût été déjà antérieurement soumis à son influence. Hansen supposa que c'était un étudiant en médecine, ce qui n'était pas exact.

La personne hypnotisée peut être, toutefois, non seulement mise dans un état mental d'amnésie temporaire, mais aussi rendue incapable de se servir des muscles de la prononciation. Il y a alors parésie complète et temporaire de ces muscles ou de tout autre groupe musculaire dont l'opérateur fait choix, pour imposer à l'esprit du sujet la conviction qu'il ne peut pas en faire usage. Le succès de Darwin à rendre plusieurs personnes incapables d'éternuer au moment où elles viennent de prendre une prise de tabac, est un exemple d'une condition de ce genre.

Quel est l'état de conscience d'un sujet qui a complètement passé à ce degré très avancé d'hypnotisme? M. North dit, d'une manière pittoresque, en parlant de la période où il était positivement influencé par la fixation de ses regards sur le disque: « Je n'étais pas inconscient, mais il me semblait que j'existais en double. Je me figurais qu'un moi intérieur était tout à fait vivant pour tout ce qui se passait, mais n'appliquait pas son intelligence à s'immiscer dans les actes du moi extérieur ou à les contrôler; la répugnance ou l'incapacité du moi intérieur à diriger le moi

extérieur semblait s'accroître d'autant plus que la situation se prolongeait davantage. »

Relativement à un état subséquent, M. North s'exprime ainsi: « On me dit que j'ai parlé allemand à M. Hansen, et que je ne fus pas flatteur dans mes observations. Je n'aimerais pas à dire si j'étais oui ou non conscient de ce que je faisais. Je pense que je l'étais un peu. » Et pour un état encore postérieur il dit: « Il me semble qu'alors je fus, pour quelques moments, tout à fait insconscient. »

Les détails donnés ci-dessus par M. North, montrent qu'il peut y avoir conscience double ou divisée, et mettent fortement en relief une particularité du singulier état de l'intelligence dans l'hypnotisme.

Ce dualisme de la conscience (j'évite l'expression de dédoublement de la conscience, parce qu'elle s'applique à un autre phénomène mental) est d'un grand intérêt, et pourrait à lui seul faire l'objet d'une longue discussion. Comme le docteur Bastian l'indique dans son ouvrage, « *Le cerveau organe de la pensée* », ce qui est étonnant, c'est que, avec nos deux hémisphères cérébraux, présentant comme ils le font de notables différences dans leurs circonvolutions d'un côté à l'autre, nous n'ayons pas toujours la conscience d'une double individualité.

Le dualisme de la conscience n'est assurément pas rare chez les aliénés ; il est étroitement associé au souvenir confus de leur précédente personnalité, et aboutit à la perte complète de la notion d'identité personnelle. Tel était le cas d'un malade qui fut pendant plusieurs années à l'asile de Bethlem ; il avait perdu son moi, c'est-à-dire le moi qui lui était familier, et avait pris l'habitude de se chercher lui-même sous le lit.

Nous ne pouvons pas un instant supposer que ce dualisme de la conscience s'établisse entre les hémisphères cérébraux d'une part, et les ganglions de la base de l'autre. Il doit se faire entre les deux moitiés du cerveau, ou entre les divers

centres de l'écorce cérébrale entière. M. North conclut, relativement à ce qui concerne spécialement son propre cas, « que la perte de la conscience est plus apparente que réelle, » et il ajoute: « Je ne puis mieux exprimer mon idée qu'en décrivant mon état comme celui d'un individu ayant conscience qu'il fait le fou; dont le moi supérieur reconnaît parfaitement l'absurdité des actions ou des paroles, mais qui en même temps n'a ni le pouvoir, ni la volonté de faire autrement.»

A titre d'exemple, M. North dit que M. Hansen lui ayant suggéré l'idée de rat, il se mit à répéter le nom de ces animaux en italien « topo, topo. » « Je savais très bien, ajoute-t-il, ce que je faisais,et que je commettais une niaiserie; mais mon moi extérieur agissait, pendant que mon moi intérieur regardait, sans avoir l'énergie d'intervenir.» Ajoutons que le mot italien était suggéré à l'esprit de M. North par ce fait que le jour précédent il avait lu, dans la classe d'italien du collège de l'Université, des fables italiennes où il était question de rats.

La même division de la conscience se rencontre dans un état tout à fait connexe, l'état de rêve; en voici un exemple dans ce qui arriva à un médecin de nos amis dans un voyage en Suisse. Après une ascension d'environ vingt heures dans les Alpes, il parvint la nuit à une auberge où il lui fut impossible de se procurer un lit. Il dut dormir dans le bureau, où il était constamment dérangé. Il souffrait en outre d'une soif intense, et devait à chaque instant se relever du canapé où il était étendu pour aller boire de l'eau. Dès qu'il fermait les yeux, il éprouvait de nombreuses visions se rapportant à l'idée d'eau. A la fin, il s'endormit et se mit à rêver. Ses occupations habituelles lui revinrent en songe à l'esprit. Il rêva qu'il était fou. Il avait réglé qu'il serait conduit à l'asile de Bethlem; mais il ajoute qu'il avait dans l'idée que ce serait plus simple de mourir. Cela lui était-il suggéré par une moitié de son

cerveau? Nous ne savons; toujours est-il qu'un moi demandait à un autre moi: « De quoi allez-vous mourir?» La seule réponse qui pût être trouvée provenait de la soif: « d'hydropisie cérébrale, ou apoplexie séreuse. » Le second moi répondit: « Accepté! » Et, ajoute celui qui nous a donné ces renseignements, dans mon rêve je mourus. La partie malveillante de moi-même se frotta les mains et dit: « Fort bien, maintenant nous allons faire son autopsie.» L'autopsie fut faite. Le rêveur vit son propre crâne ouvert; et l'on découvrit qu'il n'y avait pas de cerveau, mais seulement un misérable sac de membranes. Ce fut alors qu'il comprit pour la première fois, ajoute-t-il, quel escroc il avait été toute sa vie.

M. M... de Saint-Thomas, conserva la conscience pendant la plus grande partie du temps où il fut hypnotisé. « Je savais très bien ce qui se passait, écrit-il; mais au commencement de la cinquième épreuve je perdis toute conscience. Je ne sais pas ce que mon opérateur a fait ou dit. Je me souviens seulement qu'il me demanda de bercer un bébé qui avait été maltraité et qui criait; et lorsqu'il me le dit, je commençai à entendre distinctement les cris du bébé. Mais quand on me réveilla et qu'on me dit ce que j'avais fait, je ne pouvais pas le croire, je n'en avais pas la moindre idée.»

Parlons maintenant de la volonté.

Il n'y a manifestement aucune spontanéité chez les sujets soumis à l'hypnotisme.

Sir William Hamilton fait observer que, tandis que nous sommes incapables de concevoir un être animé de sentiments et de désirs, qui en même temps ne connaîtrait aucun objet vers lequel il pût diriger ses sentiments et serait inconscient de ces sentiments mêmes, nous pouvons concevoir un être doué de la faculté de reconnaître l'existence, et cependant dépourvu de tout sentiment de

peine ou de plaisir, et de toute puissance de désirer ou de vouloir. Ce qui était une pure conception d'Hamilton est maintenant vu dans un premier degré d'hypnotisme.

M. M... et M. North montrent et décrivent de la manière la plus pittoresque comment la volonté peut être complètement suspendue, et le sujet réduit à l'état de simple automate.

Le premier écrit, en parlant des dispositions mentales qu'il avait en entrant dans le sommeil hypnotique : « Je m'efforçai de sortir de cet état ; mes efforts furent inutiles. Je sentis qu'il était trop tard, et que j'étais entièrement à la merci de l'opérateur. J'éprouvai alors une sorte d'accablement et je vis que j'étais désormais incapable de faire usage de ma propre volonté. M. Hansen commença par me fermer la bouche et me demanda d'essayer de la rouvrir. (Il faut ajouter qu'en même temps M. Hansen affirmait à M. M... qu'il ne pouvait pas le faire.) Mais il me fut impossible d'y arriver. Je sentis que tous les muscles destinés à ce mouvement étaient en état de rigidité. Dans la seconde épreuve, M. Hansen me demanda de le frapper à la poitrine. J'y réussis une première fois, mais ensuite je sentis que mon bras était repoussé loin de lui. Je savais qu'il était assez près de moi, mais néanmoins chaque fois que ma main était à une faible distance de sa poitrine elle était renvoyée en arrière par un pouvoir bien supérieur à ma force. » On voit que, parce qu'il était sous la dépendance complète de M. Hansen, M. M... en conclut qu'une puissance objective l'influençait; tandis que l'interprétation réelle est que le phénomène est purement subjectif ; c'est-à-dire que M. M... croyait ne pas pouvoir frapper M. Hansen, et c'est pourquoi il ne le pouvait pas, son cerveau étant soumis à la condition particulière produite par l'hypnotisme. La même explication semble s'appliquer à l'épreuve suivante. M. M... continue : « M. Hansen m'or-

donna de le suivre. J'essayai de rester en place, mais il avait une telle influence sur moi que je me sentis entraîné derrière lui. Je sentis qu'un pouvoir très grand m'attirait vers l'opérateur. » Une autre expérience est particulièrement intéressante; elle montre que la personne hypnotisée peut avoir perdu complètement sa liberté d'action, être réduite à l'état d'automate, et peut cependant ne pas croire que le fait d'avoir reçu un ordre de l'opérateur soit une raison d'accomplir un acte déterminé. L'acte est accompli parce que celui qui le fait ne peut pas se refuser à l'accomplir; c'est un automate. M. M... dit : « Dans la quatrième expérience, M. Hansen me dit que ma chevelure était en feu. Je me touchai la tête et je vis que c'était faux. Il me dit alors de mettre ma tête dans l'eau froide, et en même temps il me dirigea vers un bec de gaz. Je sentis que ce n'était pas de l'eau; je sentis la chaleur, mais cependant je ne pus me refuser à baisser la tête et à m'efforcer de la laver. »

L'ecclésiastique que nous avons vu hynoptiser, et qui a écrit pour nous une relation de ses sensations, a éprouvé les mêmes choses que M. M..., et il les interprète de la même manière. Il écrit : « L'épreuve qui consistait à attirer ou à repousser le sujet réussissait parfaitement. Je ne pourrais la décrire que comme une douce puissance entraînant ou éloignant le corps. Il me semblait que, pour m'empêcher de parler, l'opérateur devait avoir attaché une batterie électrique entre mes mâchoires : quoique faible, elle était assez forte pour qu'il me fût plus agréable de tenir la bouche fermée que de chercher à l'ouvrir. »

Mais quoique la volonté soit si fortement soumise à l'opérateur, il semble y avoir à cela une limite. C'est ce que nous observâmes sur la jeune fille de l'hôpital de Guy, qui fait presque tout ce qu'on lui dit; nous ne pûmes pas l'amener à boire une tasse de thé quand on lui eut suggéré l'idée que c'était de l'eau-de-vie. M. Hansen est

d'avis que, même lors de la suspension des fonctions intellectuelles les plus élevées, il subsiste encore un certain degré de sens moral.

Sous la désignation « d'automatisme par ordre » (*automatism at command*), Heidenhain rapporte qu'ayant hypnotisé son frère, il lui fit faire plusieurs choses que celui-ci n'aurait pas consenti à faire en état de veille. Ainsi, on lui donna un verre qui contenait de l'encre, et on lui suggéra, ou plutôt on lui enjoignit de boire de la bière. Il se mit immédiatement à boire l'encre. On lui ordonna de mettre la main dans une flamme, et il le fit. En dernier lieu, il coupa sans miséricorde, avec des ciseaux, ses favoris qu'il entretenait avec soin depuis un an, ce dont il fut fort irrité quand il se réveilla. C'était sans doute un peu dur pour le pauvre frère, il faut en convenir ; mais cela avait été fait dans l'intérêt de la science — et de l'hypnotisme.

Sensibilité aux suggestions. — Parmi les caractères de l'état mental dans l'hypnotisme, cette extrême sensibilité aux suggestions extérieures est un des plus étonnants. L'individualité du sujet hypnotisé est momentanément détruite. C'est là l'image de la conséquence logique de l'organisation des hommes en société, qui sont en effet sans volonté ; ils sont à la merci de toutes les suggestions, même les plus absurdes, de tous les caprices, même les plus mauvais et les plus irréalisables. Cet état trouve encore son analogue parmi les véritables aliénés ; le tyran de leur organisme, ce qui domine leurs pensées et leur vie, c'est quelque idée fixe, ou un désordre des centres de perception ; ou à défaut de cela, c'est une disposition morbide à subir l'influence d'autrui, comme dans le cas de l'inconstante jeune fille hystérique, qui adore tous les jeunes pasteurs qu'elle rencontre, et ferait sans hésiter tout ce qu'ils lui disent de faire.

M. Price nous décrit comme suit le résultat des suggestions faites à la jeune fille de l'hôpital de Guy :

« On lui suggère qu'elle est mourante, ses muscles se relâchent peu à peu jusqu'à un certain point; si elle est debout, elle tombe en arrière, pas tout d'un coup, mais graduellement. Quand elle est dans cet état, il est inutile de chercher à appeler son attention sur quoi que ce soit, on ne saurait y réussir. Mais on lui dit qu'elle est vivante, elle se lève aussitôt, et marche comme précédemment. De même, si on lui suggère l'idée que ses mains ont été coupées, rien ne peut l'amener à se servir de ses doigts. Elle se sert de sa main comme d'un moignon. J'ai essayé, après avoir attendu un certain temps pour la prendre à l'improviste, de lui demander de tenir ou de ramasser quelque chose, mais je n'ai eu aucun succès. J'ai vu souvent que l'effet d'un ordre quelconque disparaissait au bout de quelques minutes. »

L'influence de la suggestion pour produire l'état d'extase est si réelle que, si un artiste désirait avoir devant lui une étude d'extatique, il ne pourrait mieux faire, au point de vue de l'art, que d'hypnotiser son modèle, et de produire les visions béatifiques, qui élèvent et purifient l'expression d'une manière si merveilleuse.

Rien n'est plus facile que de produire des hallucinations; aussi l'hypnotisme offre-t-il un vaste champ d'études à ceux qui voudraient étudier le mode de production de ce symptôme si fréquent dans les maladies mentales. Nous ne pouvons ici entrer dans le détail de ce côté séduisant de notre sujet; quelques mots suffiront.

Les hallucinations produites pendant le sommeil hypnotique peuvent persister quelques instants après que le sujet est éveillé, tout comme la contraction d'un muscle persiste quelquefois des heures après le réveil. En outre, la conception délirante créée par l'opérateur peut, dans quelques cas, être conservée. L'impression cérébrale loca-

lisée survit malgré le retour des fonctions intellectuelles, et quoique le sujet ait repris possession de ses sens et de sa conscience. Il semble être revenu complètement à lui-même, et cependant il n'en persiste pas moins à divaguer sur les points qui se rapportent à l'hallucination ou à son délire momentané.

C'est ainsi qu'une femme de la Salpêtrière continue de voir un oiseau dont l'image a été évoquée pendant le sommeil hypnotique. Sur aucun autre sujet son intelligence et ses sens spéciaux ne sont dans l'erreur ; mais, malgré les affirmations de ceux qui l'entourent, elle maintient qu'il y a réellement là un oiseau, qu'elle le voit, qu'elle le touche et sa conviction est si profonde qu'il lui semble que tous ceux qui lui affirment le contraire se moquent d'elle. Cette impression cérébrale peut persister un certain temps, mais elle finit par s'effacer et disparaître en même temps que le conceptions qu'elle avait fait naître. Il est alors curieux de voir cette malade ; elle s'efforce de deviner comment l'oiseau a pu disparaître ; elle cherche si elle n'a pas été l'objet d'un songe ; et, malgré ses efforts, elle ne peut réussir à trouver une explication satisfaisante à ce qui s'est passé.

Nous avons vu une dame hypnotisée à qui on offrit des morceaux de papier d'emballage, en lui suggérant l'idée que c'étaient des fleurs. Elle en fit immédiatement un bouquet qu'elle portait à ses narines et dont le parfum semblait la charmer. Comme à son réveil elle était complètement inconsciente de ce qui s'était passé, il ne fut pas possible de s'assurer si elle se figurait alors sentir ou non ce bouquet imaginaire, ou bien si le fait de le porter à son nez était un mouvement automatique produit par l'idée organique attachée à cet acte.

L'opérateur peut, sans prononcer un mot, produire des actes automatiques de ce genre ou des changements dans l'expression de la physionomie, et cela simplement en diri-

geant le regard du sujet dans telle ou telle direction propre à éveiller des idées associées à la position de certains muscles, ou encore en faisant des gestes silencieux. Nous avons vu ce résultat parfaitement obtenu chez des personnes sur lesquelles on a récemment opéré à Londres, et M. Richer a fait une série d'expériences du même genre (1). Il a reconnu que si le regard est dirigé en haut, l'expression devient radieuse, et il y a quelquefois des signes d'hallucinations gaies; si, au contraire, le regard est dirigé vers la terre, l'expression devient sombre, et il peut y avoir des signes d'hallucinations terrifiantes. Sous l'influence d'hallucinations ainsi provoquées, l'état cataleptique peut cesser complètement; le sujet marche en suivant l'objet sur lequel son regard a été dirigé, et en prenant des attitudes en rapport avec l'hallucination qui lui a été suggérée. Mais si l'objet fixé est rapidement retiré du champ visuel, l'œil reprend immédiatement sa fixité première, et l'état général cataleptique revient dans toute sa force. Le cataleptique obéit servilement à un geste fait par l'opérateur. Sur un signe du doigt, et sans opposer la moindre résistance, il se lève, s'assied, se couche à terre, se relève, marche, et s'arrête encore.

Il y a d'autres phénomènes d'automatisme qui sont plus complexes, et qui réclament, pour leur production, l'intervention inconsciente de la mémoire. Si les yeux du sujet sont dirigés vers un objet dont l'usage lui est connu, le sujet sort presque immédiatement de son état de catalepsie pour accomplir d'une manière, en quelque sorte irrésistible, l'acte auquel l'objet est destiné. Avec des malades prédisposées à ce genre d'automatisme (toutes ne le sont pas), l'expérience a été variée de mille manières, et, à la Salpêtrière, elle a toujours donné les mêmes résultats. On

(1) Les observations qui suivent ont été obligeamment communiquées par M. Richer à l'auteur.

met un chapeau entre les mains d'une malade, elle le retourne avec les doigts, et bientôt le place sur sa tête; on lui donne ensuite un manteau, immédiatement elle le revêt et le boutonne avec soin. On lui donne un verre, elle boit; un balai, elle balaye; des pincettes, aussitôt elle s'approche du feu, en retire le bois ou le charbon, et les y remet ensuite; un parapluie, elle l'ouvre et paraît sentir l'orage, car elle frissonne. Et qu'arrive-t-il si on lui retire brusquement l'objet qu'on lui a mis entre les mains? elle redevient immédiatement cataleptique.

Une personne fréquemment hypnotisée acquiert, cela n'est pas douteux, une aptitude spéciale à l'accomplissement de certains actes déterminés; chez l'une, ce sont les muscles qui entrent immédiatement en contraction, et ainsi de suite; et cela bien qu'elle soit inconsciente et qu'elle n'ait pas l'intention de faire mieux que dans les expériences antérieures. Comme le fait remarquer M. Richer, un tel phénomène, loin d'être une preuve de supercherie, est plutôt une démonstration de la mémoire organique (1).

Il est assurément vrai que les centres supérieurs conservent jusqu'à un certain point leurs fonctions dans quelques degrés d'hypnotisme, mais l'énergie en est toujours diminuée. La personne hypnotisée à qui l'on dit que sa chevelure est en flammes et qui, en y portant la main, s'assure qu'il n'en est rien, accomplit une opération mentale, et en réalité fait un syllogisme, tout simple qu'il puisse être. M. North, étant hypnotisé, se mit à marcher à

(1) Si je ne me trompe, dit M. Richer, l'hypnotisme présente l'exemple le plus remarquable de la mémoire organique. Certaines modifications introduites dans le système nerveux, y sont conservées et reproduites sans aucune participation de la conscience. Sauf un point, le défaut de conscience, la ressemblance entre les deux mémoires, l'organique et la psychologique, est parfaite. (Communication écrite à l'auteur.)]

Voyez aussi, P. Richer : *Etudes cliniques sur l'hystéro-épilepsie*, p. 360 et suivantes.

reculons. Où on lui disait : « Monsieur North, ne pouvez-vous pas avancer ? » Cette parole l'amena à faire un usage réel, quoique très simple, de la faculté de raisonner. « Je me rappelle, dit-il, qu'en entendant ces mots j'arrivai laborieusement à conclure que je devais marcher à reculons. »

Nous posâmes à M. North, la seconde fois qu'il fut hypnotisé, quelques questions très simples d'arithmétique. Quand on lui demanda une soustraction, il fit une addition. « Je comprenais à moitié les questions, dit-il, mais je me sentais trop paresseux pour faire autre chose que l'opération facile de l'addition. La question, combien font 100 et 25, me parut très obscure. Il me sembla que je voyais le nombre 100 disposé ainsi : $100_{00000025}$. » Au moment où M. North commençait à dormir, les idées semblaient en quelque sorte acquérir un surcroît d'intensité. « Je m'efforçai, dit-il, de bien me représenter les traits de plusieurs personnes en compagnie desquelles j'avais passé la soirée précédente et je réussis à produire une image très vive de trois ou quatre d'entre elles. Les moindres détails semblaient presque palpables. Je voyais notamment les traits d'une petite fille avec une netteté exquise. » En réalité, ce qui le frappa le plus dans cette transition, ce fut qu'au lieu de tout oublier comme dans le sommeil ordinaire, il passait à un état de plus grande activité mentale.

III. Occupons-nous maintenant d'un degré différent et plus profond encore d'hypnotisme, celui auquel s'applique le terme de somnambulique. Le sujet y est complètement inconscient de ce qui se passe autour de lui et à son réveil, il n'a aucun souvenir de ce qui est survenu pendant cet état où il était à la fois endormi et éveillé ; car c'est être à la fois endormi et éveillé, que de répondre aux questions, de pouvoir écrire des lettres, de pouvoir manger et boire, de pouvoir coudre (si c'est une femme), de pouvoir même se promener, bien que cela ne se fasse pas toujours sans incon-

vénients. Le sujet peut aussi être complètement sous l'influence de l'opérateur ; mais il n'est pas capable, comme dans les états précédents, d'essayer de résister à ses ordres; du reste, il n'a aucun désir de le faire. Nous avons pu, chez la jeune fille de l'hôpital de Guy, observer très bien cet état de somnambulisme artificiel. Elle avait été admise à l'hôpital, entre autres choses, pour des douleurs de tête. Un jour on la vit se promener en dormant. M. Price, interne de l'établissement, eut alors l'idée de l'hypnotiser ; et il y réussit à plusieurs reprises. Quand nous la vîmes dans cet état, elle était disposée à faire tout ce qu'on lui suggérait. On put la rendre sourde comme une pierre; et ce qu'il y a ici de curieux, c'est que, quoi qu'elle parût ne rien entendre, au moment où on lui dit « Maintenant vous pouvez entendre », le charme fut rompu. Comment pouvait-elle être sourde, et cependant nous entendre, lorsque nous lui dîmes qu'elle pouvait entendre ? Ce fait, qui semble à première vue devoir exciter la défiance, est en réalité compatible avec l'idée que nous nous faisons de l'état mental d'un sujet hypnotisé. La jeune fille n'était pas réellement sourde relativement aux sons; elle croyait seulement qu'elle était sourde, et dans cette croyance, elle entendit seulement lorsqu'elle pensa qu'il lui était permis d'entendre.

Nous lui fîmes écrire une courte lettre. On interposa une feuille de papier entre ses yeux et la lettre; les lignes d'écriture devinrent plus tortueuses. On lui demanda d'écrire le nom de l'interne de l'établissement, nom qu'elle connaissait; elle écrivit un autre nom. On lui demanda d'écrire le sien propre, elle en écrivit un tout différent.

Le Dr Carpenter dit qu'il a vu les sujets de Braid écrire avec une parfaite régularité, même lorsqu'un écran était placé devant leurs yeux, et mettre les points sur les *i* ou barrer les *t*. Mais si le papier était dérangé un tant soit peu de sa première position, le sujet faisait les corrections au lieu même où il eut dû les faire, si ce changement n'avait

pas eu lieu; il les faisait au mauvais endroit, parce que le papier qu'il ne pouvait plus voir avait été déplacé.

Devant nous, on fit boire du thé à la jeune fille hypnotisée; il lui sembla, sous l'influence d'une suggestion, changé en café; le pain beurré devint pour elle du gâteau. A son réveil elle n'avait nullement conscience d'avoir pris son thé, les sensations viscérales ne suffisant pas à l'en avertir. Quand elle retourna dans sa salle, elle demanda son thé, comme de coutume et tout comme si elle ne venait pas de le prendre.

M. Lasègue a fait une expérience du même genre à l'hôpital Necker. Après avoir hypnotisé une jeune femme de son service, il lui dit de se mettre à dîner. Sa famille lui avait, ce jour-là, apporté un plat de bœuf rôti dont elle se réjouissait fort. Elle mangea avec grand appétit son mets favori, et dit qu'elle serait bien aise de pouvoir toujours prendre ses repas avec autant de satisfaction. Elle fut tirée de son sommeil au milieu de cette jouissance. Ses yeux se portèrent immédiatement vers le mets préféré. Grands furent sa surprise et son mécontentement en trouvant le plat vide. Quand on l'eut convaincue qu'elle avait dîné en dormant, ses yeux se mouillèrent de larmes, et elle reprocha amèrement au docteur de l'avoir privée du plaisir d'apprécier ce qu'elle mangeait.

Un chirurgien oculiste parle d'une malade atteinte d'un glaucôme, qui, pendant les deux dernières années de sa vie, ne pouvait prendre de la nourriture à moins d'être rendue inconsciente par l'hypnotisme. Elle n'avait aucun souvenir de ce qu'elle avait mangé, et même elle affirmait solennellement qu'elle n'avait rien pris.

Il semble probable, sinon certain, que les personnes hypnotisées, sauf peut-être lorsqu'elles sont dans un profond sommeil, perçoivent les impressions sensorielles portées jusqu'à leur cerveau; mais que, dans leur état de rêverie

ou d'abstraction, elles ne peuvent pas sciemment les reconnaître, ce qui fait qu'elles ne s'en souviennent pas. Il arrive souvent que le sujet, qui ne peut pas à son réveil se rappeler ce qu'il a fait, en retrouve subitement plus tard le souvenir, exactement comme il nous arrive à nous-mêmes à la suite d'un rêve. Il est évident que dans les deux cas les impressions ont été enregistrées dans les centres de perception de l'écorce cérébrale, bien qu'elles ne soient pas parvenues jusqu'à la conscience. Chez les hypnotisés, par suite de la puissante concentration de l'attention, toutes les pensées, toutes les idées sont dirigées dans un sens unique à l'exclusion de tous les autres.

C'est donc par une sorte de mécanisme réflexe, que les impressions sensorielles déterminent des mouvements chez les hypnotisés, alors même que ceux-ci paraissent parfaitement inconscients ; aussi à leur réveil affirment-ils avec une complète sincérité qu'ils n'ont gardé aucun souvenir de ce qui s'est passé. Nous en avons eu la preuve certaine chez un enfant que nous avons vu récemment hypnotiser. Il répétait automatiquement tout ce qu'on lui disait ; il allait partout où allait la personne qui était en rapport avec lui, et en résumé il était l'écho de tout ce qui était dit ou fait. Bien qu'il fût illettré, il répétait les citations grecques ou allemandes qu'on lui disait, et ainsi de suite. Mais rien ne se produisait, naturellement, si quelque chose s'interposait entre ses sens et le stimulus externe. Il arriva qu'une fois ce même automate ne put être réveillé, et que l'opérateur fut incapable d'abandonner cet écho, cette ombre, jusqu'à quatre heures du matin. Enfin l'opérateur s'écria avec désespoir : « Bien, je vais dormir. » Le sujet répondit : « Bien, je vais dormir, » et il resta tranquillement sur sa chaise ; il était, paraît-il, réellement passé au sommeil ordinaire.

Il faut observer que la volonté et la conscience ne sont pas suspendues à un degré égal : la perte de la conscience

peut n'être que partielle, tandis que la perte de la volonté est complète.

Rappelons-nous d'ailleurs que la conscience est, pour ainsi dire, un accident et non un élément essentiel du fonctionnement de notre intelligence. Pour l'exercice de la volonté, comme on la comprend ordinairement, la conscience est assurément nécessaire; mais la réciproque n'est pas vraie, car nous voyons qu'il peut y avoir conscience sans volonté; par exemple dans la paralysie et dans l'hypnotisme. En outre, bien que l'écorce cérébrale serve essentiellement à l'exercice de la conscience, les centres de perception de l'écorce peuvent être appelés à agir sans qu'il y ait conscience.

Nous devons supposer que, chez la jeune fille de l'hôpital de Guy, ce ne sont pas seulement les ganglions de la base qui fonctionnent, mais aussi le centre du langage, le centre de l'écriture, et d'autres centres de perception. Il ne s'agit donc pas de mettre, d'un côté, l'écorce des hémisphères comme formant un tout, et d'un autre côté les ganglions de la base du cerveau. Il faut considérer les différentes zones de localisations qui existent dans les hémisphères eux-mêmes. L'action réflexe de l'écorce, conscience mise à part, comme le veut le professeur Laycock, est un fait aussi important que l'action réflexe des ganglions de la base, de la moelle allongée et de la moelle épinière.

Il arrive donc, non seulement que des centres de perception de l'écorce cérébrale peuvent échapper à l'influence de l'hypnotisme, mais aussi, comme nous l'avons vu, que certaines fonctions mentales peuvent être mises en jeu, bien que la volonté soit abolie.

Un physiologiste français distingué, qui a écrit sur l'hypnotisme dans la *Revue philosophique*, M. Ch. Richet (1),

(1) *Revue philosophique*, nov. 1880, p. 478.

démontre ce fait avec beaucoup de force et il fait voir que tout n'est pas dit quand on a prononcé le mot *automatisme*. Il compare la personne hypnotisée au pigeon de Flourens, privé de son cerveau, et plongé dans un sommeil sans rêves, « car, dit-il, le somnambule a une mémoire parfaite, une intelligence très vive, et une imagination qui édifie les hallucinations les plus complexes. » Nous estimons que ce tableau est un peu exagéré ; mais assurément il y a quelquefois, en même temps que de la diminution de la volonté, de l'exaltation des idées ou de l'exaltation de la mémoire du passé; aussi doit-il y avoir persistance d'une certaine activité fonctionnelle de l'écorce cérébrale, alors même que la volonté est suspendue ; en d'autres termes, nous trouvons l'activité cérébrale réflexe dont parle Laycock, en même temps que la mémoire organique. Mais le physiologiste français semble ne pas connaître la doctrine de Laycock, et il proclame comme une chose nouvelle que « nous devons admettre côte à côte un automatisme somatique et un automatisme psychique ; et que, de même qu'il y a des réflexes de la moelle allongée de même il y a des réflexes cérébraux, psychiques. »

Dans un autre travail nous avons exposé la théorie de Laycock sur la manière d'être des ganglions encéphaliques dans le sommeil mesmérique ; théorie d'après laquelle le grand fait commun à ce sommeil et aux états connexes, c'est que la volonté et la conscience sont suspendues, en sorte que le cerveau se trouve ramené à la condition d'un simple système spinal ou réflexe. Laycock reconnaît donc en pareil cas l'existence simultanée de deux états fonctionnels opposés : d'une part, les fonctions cérébrales les plus élevées sont suspendues ou supprimées ; d'autre part, el pouvoir réflexe, débarrassé de tout antagonisme, a pleine liberté pour entrer en action.

Hughlings Jackson fait justement sur cette opinion l'observation suivante : « Il ne faut pas attacher trop d'impor-

tance aux mots « odyle » (1), « mesmérisme », « électro-biologie. » Il faut, avec Laycock, considérer surtout que, tout absurdes que soient les idées couvertes par ces noms dans l'esprit du vulgaire, il en ressort un grand principe d'une haute valeur dans la recherche et le classement de l'état morbide dont il s'agit, à savoir : que l'individu y est réduit à être purement un automate. »

D'après les travaux d'Heidenhain, la cause des phénomènes d'hypnotisme serait l'*inhibition* (2) de l'activité des cellules ganglionnaires de l'écorce cérébrale, déterminée par la stimulation prolongée des nerfs sensitifs de la face, ou des nerfs de l'ouïe et de la vue.

Les partisans les plus déclarés de l'inhibition n'hésiteraient nullement à admettre qu'un nerf sensitif a le pouvoir d'enrayer l'action des centres cérébraux supérieurs (3). La théorie de Laycock pourrait d'ailleurs se concilier avec ce mode d'arrêt de la volonté aussi bien qu'avec tout autre. Mais, à coup sûr, on est bien libre aussi de penser que les centres supérieurs cessent d'agir parce qu'ils sont épuisés, et non parce qu'ils sont sous le coup d'un arrêt forcé.

Au début, dit Braid, à l'exception de la vue, tous les organes des sens spéciaux, les fonctions de calorification et de réfrigération, les mouvements musculaires et le pouvoir de résister sont dans un état d'exaltation prodigieuse. Il en est de même de quelques-unes des facultés intellectuelles. Mais, au bout d'un certain temps, à cette exaltation fonctionnelle succède un état de profonde

(1) Expression anglaise désignant la force, l'influence qui fait naître les phénomènes de Mesmérisme ou électro-biologie.

(2) Ce terme *d'inhibition*, employé par les auteurs anglais, a été récemment introduit par Brown-Séquard dans la terminologie française.

(3) A ce sujet voir les articles sur *l'inhibition* par le Dr Lander Brunton, dans le journal anglais « *Nature*. » Mars 1883.

dépression qui dépasse de beaucoup la torpeur du sommeil naturel.

Nous partageons l'opinion de M. Romanes lorsqu'il dit, dans la préface qu'il a composée pour le livre d'Heidenhain: « Il semble en réalité qu'en étudiant l'hypnotisme, nous abordons un sujet de recherches physiologiques entièrement nouveau ; que, dans cette étude il convient de prendre comme point de départ les notions que nous possédons jusqu'à ce jour sur l'inhibition. Pour tout ce qui va plus loin que ces notions, nous devons nous contenter de réunir les faits, seulement à titre de matériaux ; nous ne devons pas avoir la prétention de les faire entrer de force dans le cadre de nos connaissances actuelles, car celles-ci ne se rapportent qu'à des modes plus simples d'actions nerveuses. Il faut donc attendre patiemment qu'il se produise de nouvelles explications, assez plausibles pour que nous puissions les trouver satisfaisantes. »

En définitive, voici comment on peut résumer ce qui concerne l'*état mental dans l'hypnotisme* :

I. Le sujet hypnotisé peut être conscient; il peut passer rapidement ou lentement à une inconscience complète, comme dans l'état de somnambulisme ; les manifestations hypnotiques ne dépendent pas de la persistance ou de la suspension de la conscience, qui est purement un épiphénomène.

II. Le contrôle volontaire sur les pensées et sur les actions est suspendu.

III. Par suite, l'action réflexe de l'écorce cérébrale obéit aux suggestions du dehors aussi longtemps qu'une voie de communication leur est ouverte.

IV. Tant que la conscience est conservée, la perception de cette action cérébrale réflexe ou automatique fait croire au sujet qu'il a en lui deux individualités différentes.

V. Quelques-unes des fonctions de l'intelligence, par exemple la mémoire, peuvent être exaltées, ce qui peut produire des hallucinations intenses ou des conceptions délirantes.

VI. L'imitation réflexe inconsciente peut être le seul phénomène mental qui se produise ; le sujet reproduit minutieusement tout ce qui est dit ou fait par la personne avec laquelle il est en rapport.

VII. Les impressions extérieures peuvent être confinées à différents points de l'encéphale, suivant les zones qui sont affectées et la perfection avec laquelle elles sont hypnotisées; ainsi une impression, une suggestion soit par geste ou par parole, ou par excitation musculaire, peut limiter son action aux ganglions de la base, ou bien l'étendre jusqu'à l'écorce; après avoir atteint cette dernière, elle peut exciter l'idéation ou les mouvements musculaires réflexes, avec ou sans la participation de la conscience, et tout à fait indépendamment de la volonté.

VIII. Dans les différents états d'hypnotisme, il peut y avoir soit exaltation, soit dépression de la sensibilité générale et des sens spéciaux.

Archives cliniques

88

ASILE DE LAFOND. — M. MABILLE.

Cas de guérison d'hallucinations unilatérales de l'ouïe de cause externe.

Sommaire. — Lypémanie avec idées de suicide et périodes d'excitation. Hallucinations unilatérales de l'ouïe, d'origine externe ; guérison de ces hallucinations par l'extraction d'un corps étranger situé entre le tympan. — Disparition des hallucinations et guérison de l'affection mentale.

D'un tempérament lymphatique, d'une constitution ordinaire, Mme G... a eu trois enfants en trente-trois mois. Chacune de ses couches a été pénible et laborieuse, et suivie des fatigues de la lactation. Il y a quinze mois, la malade devint hypochondriaque, triste, apathique. A chaque époque menstruelle, elle se sentait des impulsions au suicide.

Le certificat d'admission porte que « Mme G... est atteinte de lypémanie avec agitation et tendance à la démence. »

Signé : Dr Guillon.

A l'arrivée, je délivre le certificat suivant :

« Est atteinte de lypémanie hypochondriaque avec idées de suicide. Entend des voix, des bourdonnements, des cloches. A chaque période mensuelle, la malade est prise d'idées d'agitation qui la portent à se détruire. La puerpérilité ne paraît pas étrangère à cette affection. — *Signé :* Dr Mabille.

Triste, cette malade s'occupe et raisonne d'une façon assez suivie. Vient-on à parler de sa santé, elle ne tarit pas en doléances, elle pleure, elle se lamente. A chaque visite,

elle fait une longue énumération qu'elle croit nouvelle : elle a mal au côté, à l'estomac, derrière le dos; son cœur baigne dans l'eau, la tête est comme pourrie. Elle entend dans l'oreille *droite* des bourdonnements, des bruits de cloches, de vielle, de « cuisine qui fricasse. »

A chaque époque elle devient inconsciente; elle se sent irrésistiblement poussée au suicide. Depuis *quinze mois, elle ne dort pas*. Son sommeil est *troublé par les hallucinations* précitées.

Depuis son entrée à l'asile. elle ne peut dormir malgré tout ce qu'on peut lui faire. Elle pleure, elle est désespérée.

26 *mars. Certificat de quinzaine.* — « Est atteinte de lypémanie hypochondriaque, avec idées de suicide, hallucinations unilatérales de l'ouïe et état d'anémie profonde. A maintenir. — *Signé :* Dr Mabille.

Le 3 avril 1882, j'ordonne des injections d'eau tiède dans l'*oreille droite*. Pendant la seconde injection, un corps étranger situé contre le tympan se détache. Ce corps étranger entouré de cérumen durci est dur, résistant. L'examen fait voir que c'est un grain de blé qui se trouve au centre de l'amas. Le speculum auris montre l'existence d'une inflammation peu étendue du tympan; un liquide jaunâtre s'écoule de l'oreille moyenne pendant quelques jours. Le traitement institué amène la guérison de cette myringite.

Mais, dès la nuit même de l'enlèvement du corps étranger, les *hallucinations de l'ouïe cessent de se manifester à droite* et la malade *peut dormir*.

L'état général s'améliore de jour en jour; les troubles dyspeptiques disparaissent. La mélancolie tend à disparaître. La malade a l'humeur en général gaie, mais elle se plaint encore de ses souffrances de temps à autre.

La malade, à la fin d'avril 1882, a un embonpoint qui contraste singulièrement avec l'état de maigreur qu'elle

avait lors de son entrée. Pour la première fois depuis fort longtemps, la menstruation ne s'accompagne d'aucun trouble mental.

Le mois s'écoule sans que les hallucinations aient reparu. Le délire hypochondriaque n'existe plus. Le sommeil est bon, et, le 28 mai 1882, la malade sort de l'établissement dans un état de complète guérison (1).

Extrait d'une lettre de la malade.

« La maladie m'a prise comme une mélancolie. J'ai éprouvé un chagrin tellement grand que je voulais me jeter dans un puits. Je ne pouvais pas manger; je buvais beaucoup. C'est au commencement que j'ai ressenti du bruit dans mon oreille. La moindre chose que j'entendais du bruit, ma tête s'éclatait comme si on me l'ouvrait et depuis quinze mois ce mal d'oreille existe. Depuis que M. le directeur m'a fait donner des injections, je ne sens plus rien. Par moment, ma figure devenait toute en feu; cela me causait toutes sortes de révolutions; je n'avais aucune force, je n'étais bonne que couchée. Mon mari, qui est venu me voir, a été bien joyeux de me voir en si bon état. »

Remarques. — Chez Mme G... on peut dire que la faiblesse intellectuelle semblait la préparer à des troubles des facultés.

L'insomnie datant depuis près de quinze mois, l'affaiblissement dû à la puerpérilité n'ont pas été étrangers à la production du délire qui s'est manifesté chez elle d'une façon si énergique et qui la poussait fatalement au suicide. Mais les hallucinations de l'ouïe nous semblent avoir joué un rôle primordial dans la genèse du délire. En effet, ces hallucinations existaient depuis le début de la maladie et

(1) J'ai pu avoir tout récemment des nouvelles de Mme G... La guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour.

ne laissaient à la malade ni trêve ni merci, ni le jour ni la nuit.

De plus, dès qu'elles ont disparu, l'état mental s'est amélioré avec la plus grande rapidité; tous les troubles mentaux ont cessé d'exister.

Mais cette observation a une importance d'une nature toute différente.

Elle montre, en effet, que les hallucinations peuvent avoir pour point de départ une excitation, dont le siège se trouve sur une partie quelconque du système nerveux.

Un corps étranger, un grain de blé durci a suffi à irriter la membrane du tympan de Mme G... et à engendrer des troubles, hallucinatoires internes. Ces hallucinations ont disparu comme par enchantement et tout est rentré dans l'ordre.

Ce fait vient donc à l'appui de la thèse soutenue par M. Foville père sur la pathogénie des hallucinations, et tend à démontrer la véracité du fait énoncé tout récemment par M. le Dr Régis, à savoir que lorsqu'on rencontre une hallucination *unilatérale* soit de l'ouïe, soit de la vue, on doit toujours rechercher si elle n'a pas pour point de départ une lésion curable siégeant sur le trajet des nerfs périphériques à la masse encéphalique.

Législation.

APERÇUS CRITIQUES

SUR LES

DERNIERS PROJETS DE MODIFICATIONS

A LA LOI DU 30 JUIN 1838

Par le Dr A. CONSTANS
Inspecteur général honoraire du service des aliénés.

Nous avons pu nier, discuter la nécessité de modifier la loi de 1838; aujourd'hui, notre respect pour l'autorité nous interdit toute discussion sur le principe, puisque c'est le pouvoir lui-même qui, en soumettant au Sénat le projet d'une loi nouvelle, déclare que cette nécessité existe.

Depuis que journalistes et romanciers *ont vu* dans les asiles des gens jouissant de toute leur raison, que la cupidité ou la haine y avaient envoyés, plusieurs projets ont été proposés, comme devant être substitués à la loi de 1838.

Aucun, à notre avis, n'était aussi complet et aussi satisfaisant que celui que propose le gouvernement; il comble des lacunes qu'on pouvait regretter. Mais remplacer la loi de 1838 est œuvre si peu facile, qu'on peut encore se demander si tous les articles de ce projet sont, dès qu'on

sort des théories pour les étudier au point de vue pratique, à l'abri de toute critique.

Nous ne le pensons pas.

Il supprime des asiles qu'il soupçonne de spéculer sur l'aliéné indigent, et il conserve ceux qui, très certainement, spéculent le plus.

Il ne veut pas retarder la mise en traitement, mais il prescrit des mesures qui pourront supprimer le traitement ou le faire trop ajourner.

Il multiplie les garanties en faveur de la liberté individuelle, mais la plupart seront d'une exécution si difficile, qu'elles pourront bien être comme si elles n'étaient pas.

C'est en examinant successivement les articles que nous visons, que nous croyons pouvoir justifier nos craintes et démontrer les difficultés pratiques qui nous apparaissent.

Avant d'entrer dans ce détail, disons franchement notre opinion sur l'esprit général de cette nouvelle loi ; elle produira nécessairement, résultat voulu, l'amoindrissement du médecin d'asile et ne sera, contre lui, qu'une loi de suspicion, pesant sur toute sa carrière, qui ne saurait trouver une compensation suffisante dans les avantages qui lui sont faits, si réels et si importants qu'ils soient.

Le dévouement du médecin d'asile méritait mieux qu'un tel privilége.

Croit-on que cette condamnation à une suspicion perpétuelle soit un bon moyen de faciliter le recrutement de ce service?

Ce n'est pas en abaissant qu'on relève ; déjà il est manifeste que, depuis les accusations portées contre les asiles et leurs médecins, le niveau moyen du personnel médical s'est notablement abaissé ; les Esquirol, Foville, Morel, Aubanel et tant d'autres disparus, tous hommes de valeur, y deviennent de plus en plus rares.

N'ayant point la prétention de refaire le projet, nous

ne nous arrêterons qu'aux articles qui nous paraissent provoquer la critique ; nous reconnaissons, par conséquent, qu'il n'y a pas, ou que nous ne trouvons pas, d'observations à faire sur aucun des articles dont le numéro ne figurera pas dans notre travail.

Nous commençons donc par l'article 2.

Cet article supprime les asiles privés, faisant fonctions d'asiles publics et conserve les quartiers d'hospices.

Pourquoi ?

C'est parce que les premiers, dit-on, ne trouvant pas une rémunération suffisante dans le prix de journée payé par les départements, spéculent, ou peuvent spéculer sur les besoins des aliénés.

Mais tous les asiles, même les asiles qui appartienent aux départements, peuvent spéculer.

Et le motif énoncé repose sur des erreurs d'appréciation.

D'abord, quand le prix de journée diffère, entre les trois catégories d'asiles, ce n'est que très peu, et le plus souvent c'est en faveur des asiles privés et quartiers d'hospices.

Admettons le contraire, il reste encore ce fait qu'on oublie :

C'est que sur les dix-huit asiles privés, faisant fonctions d'asiles publics qui existent, seize appartiennent à des congrégations et qu'ils n'ont ainsi presque point de frais généraux ; tous les services, à l'exception du service médical, étant confiés à des membres de la congrégation ; que de plus, ces asiles reçoivent aussi des pensionnaires au compte des familles, et qu'en définitive leurs excédents de recettes suffisent à les remunérer et même à l'intérêt et à l'amortissement des sommes engagées.

La raison alléguée ne pourrait donc être fondée que pour les deux asiles privés. Leyme et Clermont, qui appartien-

nent à des particuliers; ou ceux qui pourraient se créer dans les mêmes conditions.

Ce qui précède n'estpoint une défense des asiles privés; je veux seulement indiquer ce qui ressort de la pratique, et m'armant de la raison miseen avant contre eux, attaquer à mon tour des établissements bien autrement spéculateurs : les quartiers d'hospices.

Tous les asiles privés ont spontanément,ou sous la pression de l'administration, amélioré et augmenté leurs constructions; que leurs travaux n'aient pas toujours été des mieux entendus, ils n'ont pas moins coûté des sommes considérables, qui vont passer à l'état de non-valeur.

Qu'ont fait les quartiers d'hospices, malgré les exhortations non moins pressantes de l'administration ?

Rien, ou très peu de chose.

Si l'on mettait en regard les dépenses des uns et des autres, faites dans un but d'amélioration, depuis vingt-cinq ans, le gros chiffre ne serait pas du côté des quartiers d'hospices; car il n'y en a que deux : Niort et Montauban, qui se soient sérieusement améliorés; on peut encore ajouter Tours, qui a commencé à se transformer.

Si des bâtiments on passe au régime alimentaire, ce n'est pas dans les quartiers d'hospices qu'il est toujours le meilleur.

Pendant bien longtemps, si ce n'est encore, le plus considérable de tous nourrissait ses malades à peu près exclusivement avec le bœuf ayant servi à faire le bouillon des nombreux hôpitaux que renferme la ville dans laquelle il est situé.

Les autres ont toujours fait de leur mieux..... dans le même sens.

Dans son rapport général de 1874 (1), l'inspection disait,

(1) 1 vol. de 564 pages grand in-8o avec planches et cartes, que le Ministre de l'Intérieur a fait tirer à 2,000 exemplaires à

page 58 : «..... Des quartiers d'hospices ont conservé l'ha-
« bitude de ne donner à leurs aliénés que les restes des
« autres services de l'hospice..... Ce qui se fait pour
« les aliments est plus général encore pour les vête-
« ments. »

Ces vêtements sont connus sous le nom de vêtements de successions; c'est-à-dire qu'ils proviennent des décédés dans les hôpitaux.

L'inspection a plus d'une fois constaté, malgré les dénégations, que les économies ainsi réalisées sur les aliénés faisaient, en grande partie, vivre tout l'hospice.

Ici, on ne peut pas dire ou supposer que les économies réalisées enrichissent un individu ou une congrégation, mais elles sont une importante décharge pour les finances des villes, dans lesquelles sont situés les quartiers d'aliénés; grâce à ces économies, les subventions à faire aux hôpitaux ou hospices se trouvent notablement diminuées.

Aussi, chaque fois qu'on a tenté de faire substituer un asile départemental à un quartier d'hospice, on a toujours trouvé devant soi l'administration municipale, liguée avec la commission administrative contre le projet; trop souvent avec succès.

En résumé : bien que destinées à secourir d'autres misères, les économies trop largement réalisées par les quartiers d'hospices n'en sont pas moins prélevées sur la misère des aliénés, qu'elles aggravent.

Pour rester dans la logique de la pensée qui a dicté l'article 2, les quartiers d'hospices devraient donc être supprimés, tout aussi bien que les asiles privés et même avant eux.

Dès 1818, dans un mémoire présenté au ministre de l'in-

Imprimerie nationale, dans l'intention de le distribuer aux Chambres et aux administrations...??

térieur, Esquirol était opposé au maintien des aliénés dans les quartiers d'hospices; bien que les conditions de ces établissements ne soient plus absolument les mêmes aujourd'hui, l'expérience nous dit encore qu'Esquirol avait raison.

L'article 4 voudrait que plusieurs départements puissent s'associer pour créer un asile à frais communs. Pareille tentative a été faite à l'origine, sous l'inspiration d'Esquirol, on a échoué; chaque département voulait avoir l'asile sur son sol. S'entendra-t-on mieux aujourd'hui et la question administrative serait-elle plus facile?

Quel préfet aura la direction, recevra les bulletins d'entrée, ordonnera les sorties temporaires ou définitives, nommera les employés, les internes et les révoquera, approuvera les marchés?

Quel conseil général fixera le prix de journée et vérifiera les comptes?

Autorisera des constructions, des acquisitions et votera les fonds nécessaires?

S'il y a dissidence sur une question, qui la résoudra? le ministre, mais elle pourra ne pas être de sa compétence.

Ainsi, dans cette hypothèse qu'autorisent les idées du jour: si un conseil général veut que ses malades et les services économiques soient surveillés par des religieuses et qu'un autre préfère des laïques?

Et tout ceci n'est encore qu'une nomenclature bien incomplète des difficultés, des conflits sans nombre, qui naîtraient fatalement d'une pareille association, si elle pouvait se former.

Qu'a-t-on obtenu, en autorisant les départements à s'associer aussi pour créer des écoles normales? Ces associations sont encore à naître.

Faudrait-il donc un asile par département. Est-ce à désirer? Non. Dans la grande majorité des cas, un asile ne des-

servant qu'un seul département serait trop peu important pour être bon ou bien les frais généraux y seraient proportionnellement si considérables, qu'ils exigeraient un prix de journée excessif.

Esquirol qui ne soupçonnait pas le nombre réel des aliénés à son époque et qui ne pouvait prévoir le chiffre que ce nombre devait atteindre, ne voulait pas d'asile de plus de cinq cents malades au maximum ; les grands asiles d'aujourd'hui démontrent que ses craintes à ce sujet n'étaient pas fondées, car ce sont les grands asiles qui peuvent seuls, ou le mieux, pourvoir à tous les perfectionnements, suivre le progrès, avec le prix de journée le moins élevé.

S'il n'est pas inutile de créer quelques asiles nouveaux, c'est, néanmoins, à augmenter les constructions dans certains de ceux qu'on possède, que l'on devrait s'appliquer, plutôt qu'à les trop multiplier.

Dans les établissements où les services généraux ont, ou pourraient facilement acquérir, des proportions en rapport avec l'accroissement de population à introduire, ce serait plus économique, comme frais de premier établissement et même d'entretien des aliénés.

Sans tenir compte ici de l'excès de population que contiennent les asiles, relativement au nombre de leurs places réelles, il faudra créer 9,000 places au moins, pour remplacer les asiles privés supprimés; 15,000, si les quartiers d'hospices subissaient la même mesure.

Il n'est guère possible aujourd'hui de fonder un asile à moins de 3,000 fr. la place, en moyenne; la dépense totale serait donc de 27 millions pour 9,000 places et de 45 pour 15,000, si ces places devaient être fournies par des asiles à construire.

En créant, au contraire, ces mêmes nombres de places dans des asiles existants, la dépense ne dépasserait pas au plus la moitié des sommes que je viens de noter, car on sait que dans la construction d'un asile, la dépense totale se divise

en deux parts à peu près égales; l'une pour l'ensemble des services généraux, l'autre pour les habitations des malades.

Le but serait encore bien plus facile à atteindre, dans les départements, si celui de la Seine se décidait à créer un nombre suffisant d'asiles pour y placer tous ses aliénés, au lieu de continuer à en envoyer au moins 4,000, un peu partout, dans tous les coins de la France.

L'article 6 laisse aux commissions administratives des hospices le droit de choisir les préposés responsables de leurs quartiers d'aliénés, sous la seule réserve de les faire agréer par les préfets; il ne fait donc que remplacer le premier paragraphe de l'article 11 de l'ordonnance du 18 décembre 1839.

Mais puisque l'article suivant donne très rationnellement au ministre la nomination des médecins de ces établissements, ne serait-il pas rationnel aussi qu'il nommât le préposé responsable?

Ce serait même assez logique, le ministre pouvant à son gré réunir les fonctions de préposé à celles de médecin, d'après l'article 8.

Pourquoi, par l'article 6, donner à ces commissions un droit que leur retire l'article 8; ou plutôt, pourquoi le ministre commence-t-il par abandonner un droit qu'il reprend? Car c'est bien lui qui nommera le préposé quand il réunira les fonctions.

Le préposé responsable, tel que l'ont fait jusqu'ici les commissions administratives, tel que, sans aucun doute, elles le feront encore, n'est et ne sera qu'un rouage inutile, l'homme de paille de la commission.

Je ne crois pas avoir jamais constaté qu'un simple préposé responsable ait été le promoteur d'une amélioration, mais j'ai vu souvent qu'il en avait empêché, en entravant l'action du médecin, pour complaire à ceux dont il dépend :

les membres de la commission, trop généralement ennemis de toute innovatiou, quand il s'agit des aliénés.

L'article 7, en se complétant par l'article 39, donne satisfaction à des *desiderata* signalés par les inspecteurs généraux dans leur rapport général publié en 1878, pour l'année 1874.

C'est pour le personnel des asiles, la plus heureuse des modifications que la nouvelle loi apportera dans le service.

Mais il est très regrettable que les auteurs du projet ne soient pas allés jusqu'au bout de ce chapitre des *desiderata*.

Au paragraphe 9, *Personnel de surveillance*, ils auraient trouvé cette phrase :

« Les personnes qui ont tant critiqué les asiles, y ont supposé bien des choses qui n'ont jamais existé; mais elles n'ont pas même soupçonné ce qui en est le vrai côté faible:»

L'infériorité des éléments qui sont appelés à la surveillance, qui trop généralement ne se recrutent et ne peuvent, dans les conditions actuelles, se recruter que dans le rebut de la domesticité.

Au lieu de dire le côté faible, c'est, à d'honorables exceptions près, la vraie plaie, qu'il aurait fallu dire.

Tel qui a chassé hier un mauvais domestique, brutal, ivrogne, etc., est exposé, s'il a le malheur de compter parmi ceux qui lui sont chers un aliéné séquestré, à retrouver demain son malade confié à la garde de nuit et de jour de ce même domestique.

Un surveillant honnête, sûr, restant dans l'asile assez longtemps pour y acquérir une certaine expérience, donnerait une sécurité qui n'existe que rarement et serait en même temps un précieux auxiliaire pour le médecin.

C'est, en conséquence de l'infériorité constatée, que le paragraphe 9 cité plus haut proposait : de créer un corps de surveillants, tout comme on a formé un corps de gardiens pour les prisons ; de les bien payer, de les admettre

à jouir d'une retraite, afin de pouvoir les choisir et que leur intérêt soit la caution de leur bonne conduite.

Ce serait la plus nécessaire des réformes.

L'article 12 prescrit aux inspecteurs généraux du ministère de l'intérieur une visite au moins, chaque année, dans les établissements.

Ce sera assurément une amélioration, car, dans le passé, les inspections de chaque asile ne pouvaient avoir lieu que de deux en deux ans et elles sont, dans ces dernières années, devenues beaucoup plus rares encore; mais pour que l'amélioration soit réelle, ne serait-il pas nécessaire de reconstituer l'ancienne inspection spéciale, en augmentant le nombre de ses membres?

Un asile est un instrument si complexe, qu'il n'est pas possible qu'un homme absolument étranger à la spécialité t à la médecine, si habile, si distingué qu'il soit, sache voir et comprendre tout ce qui est utile dans un asile, tout ce qui est bien et tout ce qui est mal.

Et d'ailleurs, l'inspecteur spécialiste n'est-il pas lui aussi, quoi qu'on en dise, une garantie contre les séquestrations arbitraires, qu'il est si fort de mode de redouter?

Il est encore, et ce rôle n'est pas sans utilité, une certitude pour les hommes dévoués qui font leur carrière dans les services des asiles, médecins et autres, que leurs efforts, leur dévouement ne passeront pas inaperçus, seront appréciés à leur valeur et pourront être récompensés; que s'ils sont injustement attaqués, ils trouveront un défenseur naturel dans l'homme compétent qui les aura inspectés; que, dans tous les cas enfin, ils seront encouragés et conseillés au besoin.

On a quelquefois exprimé le désir, dans diverses publications, de voir l'inspection instituée en France sur le même pied que l'inspection anglaise. Si l'on ne croit pas devoir

aller jusque-là, qu'au moins on fasse qu'elle ne s'en éloigne pas trop.

Le deuxième paragraphe de l'article 14 se termine ainsi : ... Ils indiqueront... (les médecins, dans leurs rapports)... ainsi que *les raisons* d'où résulte la nécessité de faire traiter le malade dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir enfermé.

Chacun pourra-t-il l'entendre, comme il voudra; par exemple comme si le texte disait : donnera *une* raison?

Ou bien devra-t-on prendre la phrase à la lettre?

Alors, elle demanderait beaucoup trop dans certains cas.

Le médecin de la famille, un vieil ami souvent, pourra connaître les raisons vraies, mais comme un secret; secret professionnel pour lui; le deuxième médecin, un étranger, n'en sera point informé.

La fin du deuxième paragraphe de l'article 8 de la loi de 1838 est à tous égards préférable et plus pratique, car il dit seulement : ... « et la nécessité de faire traiter la personne désignée, dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir enfermée. »

Aller plus loin, c'est prétendre qu'il ne doit y avoir rien de secret, et il est des cas cependant où le secret est de la plus haute importance pour les familles.

Elles n'accepteront qu'assez difficilement déjà de rendre presque public l'état d'aliénation d'un de leurs membres; mais jamais, dans des cas qui sans être fréquents ne sont pas rares, de rendre publiques aussi les raisons qui les déterminent à vouloir le faire traiter dans un établissement spécial.

Qu'on se représente, par exemple, une famille composée d'un père devenu fou érotique, la mère et deux jeunes filles et tout ce qui peut être advenu au sein de cette famille; pense-t-on que la mère voudra dire, voudra rendre publi-

que, la raison pour laquelle elle veut que son mari soit placé dans un asile?

Je dis : rendre publique, car les rapports médicaux et *leurs copies* passeront entre tant de mains, que le secret sera bien gravement compromis, ou plutôt n'existera plus.

Ce n'est pas tout encore.

Que devrait faire le procureur de la République, dans le cas que je viens de supposer, mais qui n'est point une hypothèse?

Informé, par les rapports des médecins, d'un acte qualifié crime, ne pourrait-il pas de l'aliéné faire un prévenu, provoquer enquête, instruction, jugement peut-être?

Combien ne trouvera-t-on pas de cas qui, bien que différents, seront plus ou moins analogues?

Et quelles familles voudront se soumettre, ou s'exposer à pareilles éventualités? que ne feront-elles pas pour les éviter?

Elles aimeront mieux courir tous les risques auxquels les exposera la présence du malade et le laisser sans traitement; ou bien, quand elles le pourront, aller le placer à l'étranger.

Nous voici à l'article 15, qui se complète par l'article 25; c'est donc ensemble qu'il convient de les examiner; d'autant mieux que, du premier au deuxième, rien ne paraît motiver d'observations.

Ces deux articles constituent les principales innovations du projet, mais ils en contiennent aussi les principales difficultés pratiques.

L'un et l'autre prescrivent que tout placement ne sera que provisoire, que les personnes seront placées dans des quartiers d'observation séparés des autres parties de l'établissement, que les mêmes dispositions étant dans les deux cas, placements volontaires ou d'office, applicables aux uns comme aux autres, ces placements ne seront définitifs

qu'après décision conforme de la chambre du conseil, dans un délai qui ne pourra excéder un mois.

Sans nous inquiéter de savoir si l'internement provisoire satisfera ceux qui ont dit ou écrit que renfermer un individu sain d'esprit, pendant vingt-quatre heures, dans un asile pourrait le rendre fou, nous pourrions dire qu'en fait :

Tout placement n'a jamais été que provisoire, car si l'individu présenté à l'asile n'est pas reconnu aliéné par le médecin, il n'est pas admis ; ou s'il y a eu doute, il est renvoyé après quelques jours d'observation.

Presque tous les départements ont du reste l'habitude, dont ils usent et abusent, de placer leurs aliénés en observation dans un hôpital, avant de les envoyer à l'asile et cela au grand dommage de ces malheureux, qui le plus souvent, pendant un séjour fort long, ne reçoivent ni soins médicaux, ni soins matériels.

Il y a même un département, le Loiret, qui, guidé par une pensée tout autre que celle du projet, ne veut pas que les personnes envoyées au quartier d'hospice d'Orléans soient inscrites comme aliénées, avant que se soit écoulé un temps d'observation, quelquefois assez long.

Il en est même qui meurent avant d'être inscrites, ce qui peut susciter quelque difficulté pour la rédaction de l'acte de décès et de graves inconvénients au point de vue des intérêts, si la personne a fait des dispositions pendant son séjour dans l'asile.

Le projet, tout en voulant lui aussi un temps d'observation, ne dit pas comment on devra procéder ; l'article 17 prescrit bien l'inscription immédiate sur le registre, mais il ne vient qu'après l'article 16 ; c'est-à-dire quand le maintien de la personne est définitivement déclaré, quand elle est légalement reconnue aliénée, et l'article 15 qui établit l'internement provisoire ne parle pas d'inscription.

Il peut donc paraître logique de penser que ce n'est

qu'après la décision affirmative de la chambre du conseil, que l'inscription sur le registre devra être faite.

On ne peut pas, en effet, d'après l'esprit du projet, inscrire sur le registre matricule *des fous*, le nom d'un individu, avant de savoir si décidément il est ou n'est pas fou.

Mais laissons les digressions et prenons l'aliéné, ou réputé tel, à son arrivée à l'asile, c'est-à-dire dans le quartier d'observation qu'on lui destine.

D'abord, que sera ce quartier? On ne peut songer à rééditer partout le quartier de Sainte-Anne de Paris.

Déjà, dans la plupart des asiles, il existe bien, dans une dépendance de l'infirmerie, ou dans l'infirmerie même, un lieu d'observation, mais il faut convenir que c'est bien rudimentaire, et que l'*observé* s'y trouve le plus souvent avec des gens séquestrés depuis longtemps, qui ne sont pas toujours les plus inoffensifs de l'établissement.

Ce n'est assurément pas là ce que demande l'article 15.

Dans les maisons de santé et dans les asiles peu importants, il pourra ne pas être difficile de trouver deux petites pièces, une pour chaque sexe, qui donneront un semblant de satisfaction à la prescription, mais ce sera souvent une cellule, ou, comme dans une cellule, l'isolement absolu, qui ne saurait être favorable aux malades, dans tous les cas.

Que devront donc faire les grands asiles, pour être complètement dans l'esprit de la loi?

Supposons Maréville et Clermont-sur-Oise.

Le premier admet annuellement environ 300 malades.

Et le second, de 450 à 500.

Pour l'un comme pour l'autre, une partie assez notable de ces malades est de placement volontaire, c'est-à-dire qu'ils sont payants.

Ces établissements devront donc créer quatre quartiers d'observation, un pour chaque sexe et chaque mode de placement?

S'ils font ces quartiers trop simples, il y aura une pro-

miscuité des plus fâcheuses, entre des personnes *qui ne seront peut-être pas aliénées* et toutes les formes et degrés de l'aliénation.

Pour éviter cette promiscuité, les quartiers d'observation devront être alors de véritables petits asiles dans le grand asile, et en comporter toutes les divisions réglementaires; grosse dépense en constructions et en personnel de surveillance.

Ce qui sera beaucoup plus difficile encore, c'est, d'une part: l'expédition de toutes les pièces à transcrire et, de l'autre, l'intervention active de l'autorité judiciaire.

Dans les vingt-quatre heures qui suivront un placement, toujours provisoire, le directeur adressera :

Le bulletin d'entrée ;

La copie de la demande d'admission;

La copie du ou des rapports médicaux (qui pourront être longs);

Le certificat du médecin de l'établissement, dit de vingt-quatre heures.

Le tout en triple expédition, au préfet, au procureur de la République de l'arrondissement du domicile de la personne placée, à celui de l'arrondissement dans lequel l'asile est situé.

Il fera inscrire immédiatement le malade sur le registre (art. 17) avec tous les détails obligés, ainsi que la demande d'admission, les rapports médicaux, le certificat de vingt-quatre heures: dès qu'elle sera transmise à l'asile, la décision de la chambre du conseil, le rapport de fin de mois que le médecin de l'asile devra adresser à l'autorité.

Sans préjudice aux inscriptions et notifications des sorties définitives et à titre d'essai, à faire au préfet, au procureur de la République, au maire, et aux rapports accidentels, ou supplémentaires, qui peuvent être demandés par le préfet ou le parquet.

Dans les petits asiles, où les admissions sont peu fré-

quentes, toutes ces écritures pourront peut-être se faire, non sans peine, dans le délai voulu ; mais dans les grands établissements, quand il y aura sept ou huit entrées dans la même journée, on aura beau doubler ou tripler les employés du secrétariat, ce sera toujours bien difficile.

L'œuvre des magistrats le sera bien autrement encore.

Sans parler des divers établissements situés dans la Seine, dans laquelle entrent annuellement plus de trois mille malades, voyons ce qu'aura à faire le procureur de la République :

Dans les trois jours de la réception des pièces, le procureur de la République de l'arrondissement dans lequel est situé l'asile, est tenu :

De se rendre à l'établissement, accompagné d'un médecin, à son choix, et d'y interroger la personne placée.

A certaines époques de l'année et dans certains asiles, il y a fréquemment un ou plusieurs placements chaque jour, pendant des semaines ou des mois, et les asiles ne sont pas toujours à côté de la sous-préfecture.

Citons Ville-Evrard par exemple; le procureur de Pontoise pourra avoir à faire journellement, aller et retour, une cinquantaine de kilomètres.

Et le médecin voudra-t-il abandonner sa clientèle aussi souvent?

Dans certains cas, ne faudra-t-il pas créer un médecin spécial pour ce service?

Je sais bien que tous les asiles ne sont pas à de grandes distances du chef-lieu d'arrondissement; il en est pourtant un assez grand nombre qui en sont assez éloignés.

Prémontré est à 15 kilomètres de Laon.

Bonneval est à 13 kilomètres de Châteaudun.

L'asile de Toulouse est à 4 ou 5 kilomètres de la ville.

Cadillac est à 29 kilomètres de Bordeaux.

Saint-Alban est à 25 ou 30 kilomètres de Marvejols.

La Charité est à 23 kilomètres de Nevers.

Saint-Dizier est à 20 kilomètres de Vassy.

Bailleul est à 20 kilomètres d'Hazebrouck.

Armentières est à 13 kilomètres de Lille.

Saint-Venant est à 12 kilomètres de Béthune.

Montdevergues est à 6 kilomètres d'Avignon.

Et la plupart de ces asiles reçoivent, en moyenne, un aliéné tous les deux jours.

Quand l'asile sera moins éloigné du siège du parquet, le service de celui-ci en sera-t-il toujours plus facile?

A Bourg, il y a deux asiles, un pour chaque sexe; celui des hommes est à quatre kilomètres de la ville et, à eux deux, ils font par an trois cents admissions.

Ce sont, il est vrai, des asiles privés qui disparaîtront; mais Maréville est un asile public, à 4 ou 5 kilomètres de Nancy, et il reçoit trois cents malades par an.

A Lyon, les asiles publics, privés et les maisons de santé, font entre eux cinq cents admissions et les admis se répartissent sur une distance de vingt kilomètres, de l'asile de Bron à Vaugneray.

Partout, ou à peu près, de même qu'il faudra créer des fonctions médicales nouvelles, il faudra renforcer les parquets, y ajouter de nouveaux substituts; des hommes jeunes, car souvent leur service, sous le rapport de la fréquence des déplacements, différera peu de celui d'un facteur rural.

Et ce seront ces jeunes gens qui auront à exercer un contrôle, qui n'est pas toujours facile pour les vieux magistrats!

Singulière garantie!

Il est vrai qu'on peut se demander si ce n'est pas le procureur de la République qui devra agir en personne, car, d'après l'article 12, il n'y a que le ministre et le préfet qui auraient le droit de délégation.

Il aura un rude service le malheureux magistrat qui à toutes ses obligations devra ajouter celle de lire et médi-

ter, chaque année, deux ou trois cents, cinq cents rapports médicaux; autant de malades à visiter, interroger individuellement, successivement, mais jour par jour souvent.

Et tout cela sans parler des enquêtes qu'il pourra faire, ou ordonner et contrôler, des réquisitions à la chambre du conseil et sans compter encore les visites générales de l'asile, que lui prescrit de faire tous les trimestres l'art. 12, et celles que pourront encore provoquer les réclamations des malades et des familles.

La chambre du conseil elle-même n'aura pas une sinécure.

Article 31. — Le second paragraphe de cet article ne devrait pas avoir sa raison d'être, tout placement n'étant désormais que provisoire; le malade est par le fait en observation.

Pourquoi permettre alors qu'on puisse lui imposer, préalablement, une autre période d'observation dans un hôpital ou hospice?

Une circulaire ministérielle du 15 janvier 1866 a déjà prescrit de ne pas prolonger ce temps de prétendue observation au delà de quinze jours, mais la manière dont on s'y est conformé jusqu'ici permet de présager comment on se conformera à cette injonction.

Les préfets ont *oublié* pendant trois mois, six mois, les malades ainsi placés en observation.

Et dans quelles conditions se trouvent les malheureuses victimes de cet oubli volontaire ou non?

Il est arrivé plus d'une fois qu'on ne les a portées à l'asile, où elles mouraient en arrivant, que pour qu'elles ne meurent pas dans l'hospice ou l'hôpital.

Les conditions seront-elles meilleures à l'avenir? C'est plus que douteux, à moins qu'on ne prenne des mesures, pour forcer les hôpitaux et hospices à s'acquitter autre-

ment qu'ils l'ont fait, qu'ils le font, du devoir qui leur est imposé; ce qui sera très difficile, car j'ai souvent constaté que dans ces établissements qui n'ont pas un personnel habitué aux aliénés, on en a peur.

Très généralement, ce temps d'observation s'écoule sans soins médicaux ni matériels, ainsi que je l'ai dit déjà.

L'aliéné est relégué dans des locaux très inférieurs à la pire des prisons, et qui, sauf les chaînes, ne rappellent que trop, par leurs dispositions et leur tenue, la condition des aliénés d'avant 1792.

Ils ne manquent pas, dans les cartons du ministère de l'intérieur, les rapports d'inspection qui pourraient édifier sur ce point !

Il serait donc au moins bon de limiter aux cas de force majeure ceux qui pourront faire prolonger le séjour dans les hôpitaux; une maladie incidente, par exemple, ou la distance en raison de la rigueur du temps ; et encore, dans ces cas eux-mêmes, l'aliéné gagnerait toujours à quitter l'hôpital.

L'article 33, qui traite la question des aliénés dits criminels, semble ouvrir la porte à des conflits ou tout au moins à des contradictions des plus fâcheuses.

Sera mis à la disposition de l'autorité administrative qui, *après vérification*, le fera placer *s'il y a lieu*, dans un établissement d'aliénés :

1° Tout accusé que la Chambre des mises en accusation n'aura pas renvoyé devant la cour d'assises parce qu'elle l'aura considéré comme irresponsable, par suite de son état mental.

2° Tout inculpé poursuivi pour délit qui aura été relaxé ou qui aura été l'objet d'une ordonnance de non-lieu comme irresponsable à raison de son état mental.

Mais alors on verra, ou l'on s'expose à voir, des aliénés non poursuivis, ou relaxés *parce qu'ils* sont aliénés, lais-

sés en liberté par l'autorité administrative *parce qu'elle* ne les trouvera pas aliénés.

Ne serait-il pas plus rationnel dans ces cas que, par cela même qu'il n'est pas poursuivi, parce qu'il est aliéné, l'individu soit toujours ou *puisse* toujours être conduit dans un asile, sauf plus tard à aviser sur l'opportunité de sa sortie?

C'est l'opinion d'un éminent magistrat, M. Léon Dayras, président de chambre à la Cour d'appel de Besançon, qui, malgré bien des erreurs dans ses appréciations sur les asiles et les aliénés, a au moins raison sur ce point.

Il va même plus loin : jusqu'à l'*aliéné* jugé et acquitté; et il a avec lui beaucoup de jurisconsultes, de sociétés d'études et le Congrès international de médecine mentale de 1878, qui, à l'unanimité, a adopté sur le sujet un vœu libellé par M. le procureur général près la Cour de cassation, M. Barbier.

Si quelque question secondaire vient à la traverse de la solution, il faut la trancher; puisqu'on refait la loi, il ne faut pas, *sciemment*, y laisser subsister de lacunes.

L'article 34 dit dans son second paragraphe : Pourront être conduits et retenus dans les asiles spéciaux pour les aliénés criminels, les aliénés qui, placés dans un asile, y auront commis un acte qualifié crime ou *délit* contre les personnes.

Pour les actes qualifiés crimes, soit; mais pour les délits, c'est bien élastique.

Il ne se passe guère de jours, dans un asile, sans qu'il se commette quelque délit contre les personnes : on frappe, on bat un voisin, un gardien, le médecin, si l'on peut.

Chaque fois qu'un malade sera très difficile, désagréable ou dangereux à approcher; le médecin qui voudra être tranquille et s'éviter le souci des trop grandes précautions, pourra demander son transfèrement dans l'asile des criminels; c'est aller trop loin et créer un nouvel épouvantail pour les familles.

Il est vrai que c'est le ministre qui décidera; mais quand on lui présentera une demande, on saura bien la présenter comme une nécessité.

Et ici encore l'on sort de la logique du projet :

C'est la justice qui désignera les hôtes de l'asile des *criminels*; pourquoi réserver des cas où ils le seront administrativement?

Le second paragraphe de l'art. 35 s'approprie celui de l'art 25 de la loi de 1838: « Seront également admis par arrêté du préfet (dans les asiles), aux conditions qui seront réglées par le conseil général, les aliénés indigents dont l'état mental ne troublerait pas l'ordre public, la sûreté des personnes ou leur propre sûreté. »

Cette restriction, car les conseils généraux l'ont toujours entendu ainsi, laissée à leur appréciation, ou plutôt à leur discrétion, a été, dans le but d'une bien mince économie, la cause de la plupart des actes criminels commis par des aliénés.

Le plus grand nombre des aliénés dits criminels, que j'ai rencontrés dans les asiles, pendant vingt-cinq ans, étaient, avant leurs crimes, restés libres bien longtemps comme *non dangereux*.

Et je me souviens, que dans les séances de la commission de revision que les événements de 1870 vinrent dissoudre, le représentant du ministre de la justice nous parla plus d'une fois, des nombreux rapports des procureurs généraux, se plaignant des fréquents délits et crimes commis par les aliénés laissés en liberté.

Il y a quelques années, pendant une de mes inspections, on amena au quartier d'hospice d'Orléans un homme reconnu fou depuis longtemps, *mais pas dangereux*, qui armé d'un croissant à élaguer les arbres, venait en quelques instants de tuer cinq personnes.

Qui donc est moralement responsable de la mort de ces

cinq personnes, sinon l'autorité qui n'avait pas, qui avait même refusé jusque-là de séquestrer l'aliéné ?

Un fait semblable s'est produit en mai dernier dans le Gers, également après refus de séquestration par l'autorité.

Au point de vue charitable, la restriction est-elle mieux entendue et plus acceptable?

Qui ne sait que, parmi les aliénés que l'autorité refuse d'admettre dans les asiles, sous prétexte qu'ils ne sont pas dangereux, il en est beaucoup qui sont séquestrés dans leurs familles et dans quelles conditions !

J'ai vu dans l'asile de la Nièvre une femme, jeune encore, dont l'admission à l'asile avait été refusée pendant plusieurs années.

Elle avait les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin; tous les muscles fléchisseurs de ces deux membres étaient contracturés au point qu'ils ne purent reprendre leur fonction.

Elle avait passé deux ans dans un toit à porc, trop bas pour qu'elle pût se tenir debout, trop étroit pour que, toujours couchée, elle pût allonger ses jambes.

Elle criait nuit et jour, la famille ne possédait qu'une chambre, ne pouvait perdre son repos après le travail et n'avait pu disposer que du toit à porc pour éloigner la malade.

Je ne puis citer tous les cas semblables ou analogues à ceux que je viens de noter, mais ils sont nombreux.

La distinction des aliénés en dangereux et non dangereux n'est que relative et plus arbitraire que réelle; en fait, malgré la forme la plus inoffensive théoriquement et en apparence, que peut présenter la perte de la raison, ou son absence, il est positif que tout individu dans cette condition est ou peut être dangereux pour autrui ou pour lui-même.

S'il ne l'est pas activement, sous l'impulsion de ses idées délirantes, il peut l'être passivement ou inconsciemment.

Bien souvent, la différence entre dangereux et inoffensifs n'existe que par la manière dont l'aliéné est surveillé il y a toujours danger quand la surveillance fait défaut.

L'article 15 de la loi des 19-22 juillet 1791 était plus pratique et plus sage, en établissant des peines contre ceux qui laisseraient divaguer des insensés ; elle établissait implicitement ainsi : que l'aliéné doit toujours être surveillé.

Et aujourd'hui, on ne peut méconnaître que beaucoup de familles sont dans l'impossibilité de surveiller leurs aliénés.

Qui donc alors doit les mettre dans l'impossibilité de nuire, si ce n'est l'autorité ? N'était-ce pas là l'intention de la loi des 16-24 août 1790?

Je sais bien qu'on va me dire : Mais l'article 35 n'empêche pas la séquestration des non dangereux, il la prescrit même et ne laisse aux conseils généraux que le droit d'en déterminer les conditions.

C'est parfaitement juste, mais l'article 25 de 1838 dit la même chose ; ce qui n'a pas empêché les conseils généraux de lui donner une interprétation, en vertu de laquelle ils limitent à un nombre infiniment petit, rarement en rapport avec le chiffre de la population du département, les aliénés que le préfet pourra admettre ainsi.

Dans son troisième paragraphe, l'article 36 interdit aux conseils généraux de disposer des revenus ou des excédents de recettes des asiles, pour les appliquer à un autre service qu'à celui des établissements qui les auront réalisés.

Le paragraphe précédent leur maintient le droit de fixer le prix de journée, ce qui est juste ; *à la condition qu'il sera rémunérateur*.

Mais le troisième permettra encore les abus, ils ne produiront autrement, voilà tout ce qu'on obtiendra.

Il serait donc nécessaire que ces deux paragraphes fussent plus explicites.

Les circulaires des anciennes administrations, qui indiquaient que le prix de journée voté devait être au moins égal à la dépense et même la dépasser un peu, n'ont pas empêché le département de Vaucluse de voter une subvention fixe, au lieu d'un prix de journée.

Il paie 100,000 fr. à son asile (1), quel que soit le nombre des aliénés; comme il en avait à son compte 384 en 1878, le prix de journée payé s'est trouvé réduit de fait à 71 centimes, bien que la dépense réelle ait dépassé 1 fr. 10; soit une perte de 0 fr. 39 cent. par tête, pour l'asile, ou 54,662 fr. 40 cent. pour l'année.

Cet asile vit néanmoins, grâce au prix de journée des autres départements qu'il dessert et à ses pensionnaires; mais il ne peut que difficilement et trop lentement, pourvoir aux améliorations les plus nécessaires que lui impose sa nombreuse population et pour lesquelles son département ne lui donne rien.

Retarder des constructions nécessaires n'est peut-être pas un mal capital, mais combien n'est-il pas d'autres asiles, moins prospères, qui malgré l'absence d'excédents de recettes, ont vu abaisser leur prix de journée, ou qui après épuisement de leur réserve, quand ils en avaient une, se sont vus forcés de supprimer à leurs malades la ration de vin, ou d'abaisser, de fait, le tarif réglementaire de la ration de viande?

Pour ce qui est des réserves ou du boni de l'exercice clos, n'est-il pas arrivé aussi et n'arrivera-t-il pas encore qu'un conseil général dira à son asile: L'ensemble du prix de journée que je vote, en raison du nombre prévu des malades, forme un total de 100,000 fr.; il existe une ré-

(1) Je viens d'apprendre que cette somme vient d'être réduite à 90,000 fr. pour l'exercice 1884.

serve ou un boni de 20,000 fr. qui devra concourir aux dépenses d'entretien, ce n'est donc qu'une somme de 80,000 fr. à verser pour l'exercice prochain.

Le conseil général sera dans la règle imposée par la loi, puisque la réserve sera employée pour et par l'asile.

La pensée des auteurs de l'article n'irait-elle pas plus loin ? Nous devons supposer le contraire.

Il y a donc quelque chose de plus à dire, pour que de pareils abus ne puissent se reproduire.

Tout en réclamant quelques précautions au sujet des deux questions : prix de journée et réserves, je ne prétends assurément pas et j'espère qu'on ne me fera pas dire :

Que si le prix de journée est élevé dans un asile, il devra l'être toujours et que le département propriétaire devra payer toujours, au moins le prix de revient.

Il est d'abord très juste que le département propriétaire paie moins que les autres départements qui ont recours à son asile.

Il ne l'est pas moins que la prospérité de l'asile, mais une prospérité continue et non passagère ou accidentelle, vienne motiver un certain dégrèvement en faveur du département.

Mais il ne l'est pas que cette prospérité soit tout entière au profit du département; l'asile, c'est-à-dire les malades, ont droit aussi aux avantages qu'elle peut procurer en améliorations diverses.

Les asiles prospères ont souvent été les premiers à proposer une diminution du prix de journée.

Si l'on ne doit pas attendre leur initiative, pourquoi une diminution absolue ou déguisée par l'absorption des réserves ne serait-elle pas obligatoirement le résultat d'une entente hors de laquelle la diminution ne serait point admise, quand l'administration de l'asile, ayant droit de recours au ministre, aurait démontré que les besoins ne permettent pas cette diminution ?

Art. 46. Si l'aliéné est placé dans un établissement privé, l'administration légale de ses biens sera confiée à une personne désignée d'avance par le président du tribunal.

Si cet article ne devait être appliqué qu'aux aliénés isolés, c'est-à-dire célibataires ou veufs sans enfants, il serait plus facile de l'admettre, nous dirions même, si l'on veut, qu'il serait nécessaire.

Mais en faire une règle générale, c'est dépasser le but.

Comment une famille acceptera-t-elle d'être, en quelque sorte, tout entière mise en tutelle, parce que le père ou la mère aura dû être mis dans un asile?

Ce que je dis sur cet article 46 peut s'appliquer également à l'article 55.

Pourquoi mettre toutes les familles en suspicion d'abus, dans tous les cas, parce qu'un malheur vient de les frapper (1).

On sauvegarderait tout autant, sinon mieux, tous les droits, tous les intérêts et on respecterait de très justes susceptibilités en disant : toutes les fois que cette intervention sera jugée nécessaire; le juge de cette nécessité sera le président du tribunal de l'arrondissement du domicile de l'aliéné, avisé du placement par le procureur de la République du même siège.

On ne peut assurément que rendre un hommage mérité au dévouement désintéressé des commissions de surveillance, qui ont toujours mis beaucoup de modération dans l'usage de leur pouvoir, sans en général manquer de sollicitude; mais aujourd'hui que ce pouvoir devient un devoir plus étroit, n'est-il pas permis de dire :

(1) Les Hollandais, qui ont aussi leur projet de réforme, ont été plus pratiques, dans la rédaction de leur art. 32 qui, sur la même question, dit :

Quand il sera *nécessaire* de pourvoir à la gestion... un administrateur sera nommé..... l'épouse peut être nommée administrateur des biens de son mari.

Que si quelques familles ont pu abuser de la situation d'un de leurs membres aliéné, il n'est pas impossible, si rarement que ce puisse être, qu'il se rencontre des administrateurs provisoires ou légaux qui seront tout aussi peu scrupuleux?

Les administrateurs devront, il est vrai, comme maintenant, verser dans la caisse de l'asile; mais, s'ils ne versent pas?...

Et ils ne fournissent ni cautionnement ni hypothèque; il n'y a donc pas garantie absolue; pas plus d'un côté que de l'autre. Un fait à l'appui entre plusieurs :

En juillet 1870, faisant l'inspection de l'asile de Rodez, je constatai un arriéré considérable dans les recettes; j'en cherchai la cause ; il résultait de ce que l'administrateur provisoire, *qui ne versait pas les sommes reçues*, n'avait pas même payé les pensions de ses administrés depuis plusieurs années ; bien qu'il eût, me dit-on, encaissé des sommes bien supérieures à la dette.

Le pauvre receveur avait bien fait, mais sans succès, quelques timides réclamations; comment aller plus loin?

Cet administrateur, membre de la commission de surveillance, était un homme si considérable dans le pays que bien que le fait fût connu de quelques personnes, aucune n'osait parler.

Je dus intervenir personnellement près du procureur impérial, qui tout en accueillant ma requête, me parla lui-même de ménagements nécessaires.

Les événements de cette année 1870 étant survenus, je n'ai pas connu le résultat final.

Art. 47. L'administrateur provisoire, dans les asiles publics, et l'administrateur légal institué près des asiles privés... pourront agir dès le moment de l'admission provisoire... sans attendre que la chambre du conseil ait statué sur le maintien définitif de l'aliéné, ou présumé tel.

Mais l'esprit et la lettre de l'article 15 reposent tout entiers sur la pensée qu'une personne ayant l'esprit sain peut être renfermée dans un asile comme folle et c'est pour cette raison que l'admission sera provisoire, jusqu'à ce que les magistrats de l'ordre judiciaire aient prononcé sur son état mental.

La personne ainsi admise est donc, par rapport à la folie, dans la même situation qu'un accusé, par rapport au délit ou crime.

L'accusé est réputé innocent tant qu'il n'est pas condamné; l'individu supposé aliéné doit donc aussi être réputé sain d'esprit tant que la chambre du conseil ne l'a pas reconnu aliéné.

Comment admettre alors qu'un administrateur provisoire ou légal vienne s'immiscer dans les affaires d'une personne contre laquelle n'existera, *légalement*, qu'une présomption de folie et qui dès le lendemain de cette immixtion peut-être sera, *légalement*, déclarée non aliénée?

Art. 49. Si l'aliéné est commerçant, le président du tribunal, statuant en référé, pourra, sur la demande du conjoint et de l'associé et après avoir entendu l'administrateur légal, conserver soit au conjoint, soit à l'associé, la direction des affaires commerciales ou sociales.

Cette exception confirme, comme règle générale, les mesures prescrites par l'article 46; on peut donc se demander pourquoi elle ne profitera qu'aux seuls commerçants.

Il ne manque cependant pas de ménages qui, sans être dans le commerce, ont de sérieux intérêts à suivre, à surveiller et d'un intérêt commun.

Le conjoint resté sain d'esprit devra donc se soumettre à la direction d'un tiers, le curateur ou l'administrateur légal des biens de celui des deux qui aura perdu la raison.

Ou bien, s'il veut conserver sa liberté d'action en ce qui est relatif à ses intérêts personnels, il faudra préalablement

qu'il fasse dire jusqu'où peut s'étendre son intérêt personnel; c'est-à-dire qu'il provoque un partage, une liquidation ou une licitation, la fin de sa communauté, si c'est possible.

Pourquoi donc tant de mesures d'une exécution difficile et vexatoire pour les familles, à propos de ces mineurs qui sont les aliénés, mais une fraction des mineurs en général; quand, de l'aveu des jurisconsultes, il existe si peu de précautions préservatrices pour les mineurs sains d'esprit, c'est-à-dire de la masse des mineurs?

Et cependant, on pourrait assez facilement savoir combien de familles ont abusé de la situation d'un aliéné pour jouir de son bien ou l'en dépouiller, tandis que les mineurs ordinaires, ruinés par leurs tuteurs, ne se comptent plus.

D'après l'article 51, quand un curateur sera nommé, il devra veiller *à ce que les revenus de l'aliéné soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guerison.*

C'est rationnel et juste, mais dans quelle mesure?

Si l'aliéné possède 50,000 francs de rentes, le curateur pourra-t-il exiger que cette somme soit dépensée? qui fixera le chiffre?

Il est puéril, sans doute, de poser cette question; elle est cependant nécessaire, la liberté des familles se trouvant plus limitée.

En résumé :

Les articles que je viens de passer en revue démontrent une fois de plus, que refaire la loi de 1838, n'est pas œuvre facile.

Ils ne sauraient satisfaire les hommes du métier, ni les familles qui auront le malheur d'être obligées d'y recourir et de les subir.

La rédaction de ces articles s'est heurtée aux mêmes écueils que les projets antérieurs; elle s'est efforcée de les tourner et y a en partie réussi, en théorie; mais dès qu'elle

est arrivée aux moyens d'exécution, elle n'a pas été beaucoup plus heureuse que ses devanciers.

C'est que les questions que traitent ces articles sont la base de l'édifice, qui n'en peut avoir qu'une : la maladie.

Vouloir qu'il repose en même temps sur des craintes théoriques, j'allais dire chimériques, c'est courir grand risque de le rendre impropre à sa destination.

L'auteur d'un important travail sur le sujet a dit (M. de Crisenoy, *Revue générale d'administration*, janvier 1882) :

« La première qualité d'une loi, la qualité maîtresse, sans » laquelle les autres ne servent de rien, c'est de n'ordon- » ner que des choses pratiquement faisables... »

C'est rationnel, mais c'est aussi la grande difficulté particulièrement spéciale à cette loi spéciale des aliénés.

Dès qu'on veut mettre absolument d'accord les exigences de la maladie et celles rigoureusement relatives à la liberté individuelle, le chemin entre les deux est si étroit, que toujours on dévie ; qu'on ne peut donner satisfaction entière aux unes sans dépouiller les autres et tomber dans une voie difficile, si ce n'est impraticable.

Le chemin est en effet si étroit, que celui qui a écrit les sages paroles que je viens de citer n'a pu lui-même, dans le projet qu'il propose, le suivre jusqu'au bout, malgré la somme d'expérience qu'il a dû acquérir dans les hautes fonctions qu'il a remplies.

Il s'est égaré, lui aussi, dans des sentiers vers lesquels ne l'a point guidé l'expérience, et ses conclusions ne sont pas toujours la conséquence logique de ses prémisses.

Pour justifier ces lignes, que M. de Crisenoy me pardonnera, car nous avons le même désir : voir, puisqu'il *faut* la changer, la loi de 1838 remplacée par une loi qui ne sera pas moins bonne ; quelques citations suffiront.

M. de Crisenoy dit tout d'abord, dans l'exposé des motifs de son projet :

« Le défaut capital de la loi de 1838 est d'avoir établi

» un système de surveillance et de contrôle qui n'existe que » sur le papier et ne fonctionne pas réellement, et cela par » deux motifs : le premier est qu'on a confié la surveillance » à un trop grand nombre de personnes, d'où il résulte » qu'aucune d'elles en particulier n'en a la responsabilité; » le second, que ne voulant pas faire les frais de cette sur- » veillance, on en a imposé la charge à certains fonction- » naires, à titre de supplément de fonctions, ou gratuite- » ment à des personnes de bonne volonté. Or, on peut être » certain qu'en fait, tout service exigeant un travail régu- » lier et qui n'est pas rémunéré ne s'exécute pas. »

M. de Crisenoy rend à la loi de 1838 un hommage mérité, mais si son défaut capital n'est autre que celui qu'il indique, pourquoi proposer une autre loi ?

Rien n'est plus facile que de rendre plus étroit le devoir imposé aux personnes désignées dans l'art. 4, puisque toutes sont des fonctionnaires qui doivent obéir à la loi et aux ordres de leurs supérieurs.

Le devoir imposé n'est pas un supplément de fonction, c'est une partie de la fonction et, par la même raison, ce n'est pas un service gratuit, si ce n'est pour le maire.

Mais les autres devoirs du maire sont aussi tous gratuits, et quand il ne les remplit pas, on le suspend ou on le révoque.

La commission qui, en 1869, avait reçu la mission d'étudier les modifications à faire à la loi, avait, elle aussi, compris que ce devoir ne devait pas être facultatif; elle avait décidé que le chef du parquet, après chacune de ses visites, adresserait un rapport au procureur général, que celui-ci transmettrait, avec ses observations, au ministre de la justice, etc., etc.

Il est malheureusement exact que les visites prescrites ne se font pas, ou se font mal, mais à qui la faute ? Est-ce donc la loi qu'il en faut accuser, ou n'est-ce pas plutôt

l'administration supérieure qui n'a pas su la faire exécuter, qui a lâché la main ?

Ce personnel de surveillance, que M. de Crisenoy trouve trop nombreux, comprend : le préfet ou les personnes spécialement déléguées par lui ou par le ministre de l'intérieur (un inspecteur général), le président du tribunal, le procureur du roi, le juge de paix et le maire, soit six personnes.

Que propose-t-il pour le remplacer ?

Une commission départementale composée de :

Le vice-président du tribunal, un juge de chacun des arrondissements, un administrateur des biens des aliénés, un médecin, le juge de paix.

C'est-à-dire de sept à onze personnes ; car s'il y a des départements qui n'ont que deux arrondissements, il y en a qui en ont six et sept ; mais le plus souvent cinq.

Ce personnel nouveau, en y comprenant le délégué du ministre, sera donc généralement au nombre de dix.

Mais si le chiffre numérique des commissions a pour base les arrondissements, il arrivera que ce ne seront pas toujours les commissions les moins nombreuses qui seront le moins chargées, mais le contraire.

Ainsi celle du Rhône n'aura que six membres puisqu'il n'y a que deux arrondissements ; le service des aliénés dans ce département est pourtant le plus important après celui de la Seine ; il s'y fait cinq cents admissions par an.

Tandis que le Gers, la Charente, l'Aveyron qui n'ont que de petits asiles, qui font annuellement une cinquantaine d'admissions, mais qui ont cinq arrondissements, auront des commissions de neuf membres.

La Lozère dont l'asile renferme trois cents et quelques aliénés aura une commission égale à celle des Bouches-du-Rhône, dont les asiles contiennent trois, quatre ou cinq fois plus de malades.

Et de même pour beaucoup d'autres départements, à

moins qu'on multiplie les exceptions, qu'on fasse comme pour Paris.

Si maintenant nous examinons la question au point de vue de la gratuité, qui, suivant M. de Crisenoy, concourt à empêcher le service de surveillance, la trouvons-nous remplacée par une rémunération capable d'être un stimulant?

Pas du tout.

Les membres des commissions recevront des jetons de présence et des frais de vacation, lorsqu'ils se transporteront hors du lieu de leur domicile; l'administrateur des biens des aliénés seul recevra un traitement fixe.

La commission se réunira au moins une fois par trimestre et elle aura un bureau permanent composé de cinq membres.

Sans préjuger la valeur de ces jetons, qui ne pourra être bien élevée, on peut se demander s'ils seront une rémunération capable d'exciter le zèle; les frais de vacations ne pouvant compter, car ils seront facilement dépensés.

Sans examiner les attributions de tous les membres de la commission, qui n'auront pas toujours une sinécure, arrêtons-nous seulement à celles du juge-commissaire de l'arrondissement dans lequel est situé l'asile.

Ce que j'ai dit relativement à l'article 15 du projet du gouvernement est parfaitement applicable ici; ce n'est pas parce qu'elle sera remplie par un juge plutôt que par un procureur, que la tâche sera plus facile.

Qu'on veuille donc bien remarquer les distances que j'ai indiquées, entre les chefs-lieux d'arrondissement et les asiles, dans un assez bon nombre de départements. Qu'on se représente le juge-commissaire de Marvejols par exemple, gravissant en hiver 25 ou 30 kilomètres, à travers les neiges des Cévennes, pour se rendre à l'asile de Saint-Alban, au moins une fois par semaine; car il s'y fait plus de cinquante admissions par an et il ne faut pas oublier

que l'article 17 de M. de Crisenoy lui prescrit de visiter chaque entrant, dans un délai maximum de sept jours.

Même dans des contrées moins abruptes, dans des climats moins rigoureux, comment feront les malheureux juges-commissaires, quand ils auront 300 ou 500 admis à visiter, à interroger?

Etant donné qu'une loi ne doit ordonner que des choses pratiquement faisables... je laisse à d'autres le soin de conclure.

Après avoir substitué des difficultés à d'autres difficultés, un contrôle d'un fonctionnement des plus incertains à un autre contrôle qui, dit-il, ne peut fonctionner, M. de Crisenoy tranche une question déjà bien ancienne et résolue négativement par les plus compétents.

Il fait bon marché des asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels, mais il veut des asiles d'incurables.

Passe pour les idiots et les déments séniles, mais les aliénés dits incurables! qui donc sait *absolument* à quelle époque de la maladie s'arrête la curabilité?

A l'appui de sa thèse, il rappelle qu'il y avait en 1874, dans les asiles, plus de 5,000 imbéciles, idiots, etc.

« Ce qui constitue une lourde charge, inutile, et qui peut » être diminuée, car d'un asile ordinaire à un asile d'incu- » rables, l'économie sur le prix de journée peut varier de » 10 à 25 centimes; soit, sur 300 incurables, 11,000 francs » dans le premier cas et 27,000 dans le second; *somme* » *qui est à compter dans un budget départemental.* »

Ce calcul serait exact, si la base sur laquelle il repose existait; mais en faisant abstraction de la Seine, qui doit rester à l'état d'exception, de la Seine-Inférieure et du Rhône peut-être, il n'y a pas un seul département qui puisse compter 300 *incurables* parmi les aliénés à sa charge.

La moyenne de chacun des asiles, publics ou faisant fonctions, ne dépasse pas 50 à 60; est-ce donc la peine de construire des asiles spéciaux?

Il serait plus rationnel, dans cet ordre d'idées, d'élargir les hospices.

Tout en trouvant plus théoriques que pratiques plusieurs articles du projet de loi de M. de Crisenoy, je ne puis méconnaître que ce projet renferme aussi des mesures qui seraient excellentes ; notamment dans ses articles 6 et 25.

Le premier, assimilant *tout* le personnel administratif et médical des asiles aux fonctionnaires et agents de l'Etat.

Le second, créant un conseil supérieur, qui rapprocherait beaucoup le rôle de l'inspection de celui de l'inspection anglaise.

De toutes les réformes qui pourront être discutées, ces deux mesures seraient assurément des meilleures à adopter.

Postérieurement au travail de M. de Crisenoy et au projet du gouvernement, tout récemment, un nouveau projet a été publié par un magistrat, M. Léon Dayras, président de chambre à la Cour d'appel de Besançon (*Les aliénés*, 1883, chez Dentu).

Ce projet ne contient rien de plus que ce qui a été dit déjà, relativement à l'intervention nécessaire, et préalable à toute séquestration, de la magistrature.

Les seuls articles originaux prouvent surabondamment que l'auteur ne connaît pas assez l'aliénation, les aliénés ni les asiles.

Une courte analyse le démontrera.

Dans le long exposé dont son projet est la conclusion, M. Dayras débute par considérer comme article de foi tout ce qu'ont dit les journaux sur les prétendues et nombreuses victimes de la loi de 1838, sans jamais articuler une preuve.

Et combien en ont-ils désignés ? *au moins six* ! sur plus de 500,000 aliénés qui, depuis quarante-cinq ans, ont vécu dans les asiles!

Au lieu de commissions départementales, M. Dayras veut des commissions dans les arrondissements où sont situés les asiles.

Pour les placements volontaires, un seul certificat médical suffira, mais il sera accompagné d'un bulletin confidentiel (comme si le certificat lui-même ne devait pas être confidentiel).

Le juge de paix devra approuver, mais il pourra faire des enquêtes (qui d'après leurs conditions exigeront souvent trois semaines).

Pour les placements d'office : l'article 17 met sur la même ligne l'aliéné et le voleur de profession; celui-ci est connu, mais on ne l'arrête qu'après un vol; l'aliéné ne sera séquestré que s'il est dangereux et il ne sera dangereux que quand il aura *commis un acte*...

C'est ainsi qu'on a fait pour l'aliéné d'Orléans, dont j'ai déjà parlé, et l'*acte* a été de tuer cinq personnes en quelques instants.

Un autre article prescrit à tout chef d'établissement de représenter la personne séquestrée, *à tout heure*, à quiconque justifiera du titre de parent.

D'après l'article 31, aucun aliéné ne sortira d'un asile (après guérison), s'il y a été admis comme dangereux, que s'il *n'est plus* suspect de rechute possible. Il ne faut pas oublier que, suivant l'article 17, il ne sera séquestré que s'il est dangereux et a commis un acte qui le prouve.

Alors donc, l'article 31 sera applicable à toute la population de l'asile.

Ne peut-on se demander aussi, s'il se trouvera des médecins croyant pouvoir affirmer que tel ou tel malade guéri, n'éprouvera pas de rechute?

Tout séquestré le sera donc fatalement à perpétuité?

Enfin, seront coupables de séquestration arbitraire le directeur et... les *employés ou gardiens* qui l'auront assisté,

si le placement n'a pas été ordonné conformément à la loi.....

Ce qui implique nécessairement : que quand un malade arrivera dans un asile, en voiture, si le directeur dit à un gardien de lui aider à descendre, celui-ci pour sa garantie personnelle devra, ou pourra dire au directeur : « Montrez-moi d'abord le dossier, que je voie s'il est régulier... »

Que prouvent des prescriptions ou propositions de cette nature, si diverses, étranges et souvent contradictoires, émanant cependant d'hommes distingués, sinon toujours compétents ? Hélas ! ... qu'on veut changer la loi, mais qu'on ne sait trop que mettre à la place.

Pourquoi est-ce donc si difficile à trouver ?

Ne serait-ce point qu'au lieu de simplifier la question, on la complique ? quand le mieux serait, probablement, de la laisser à sa simplicité naturelle, qui n'a que deux termes vraiment rationnels et essentiels : traiter un malade et l'assister dans sa détresse.

Et préserver la société des atteintes d'un être nuisible et inconscient.

M. Dayras, comme preuve à l'appui de son opinion fondamentale, cite un fait révélé par l'un de nos plus sympathiques confrères.

Ce médecin, l'un des chefs d'une importante maison de santé, aurait déclaré qu'il lui est arrivé plusieurs fois de refuser d'admettre dans son établissement des personnes présentées avec des certificats médicaux constatant leur aliénation, qui cependant n'étaient pas aliénées.

Mais ce fait prouve moins en faveur de la thèse de M. Dayras que de celle que nous pourrions encore soutenir, quoique nous nous soyons interdit de contester le principe de la réforme de la loi :

C'est que le médecin de l'asile sera toujours là, pour

rectifier les erreurs, ou les abus, si l'on veut, du médecin certificateur.

Un jour peut-être, dans l'avenir, puisqu'on pense ne le pouvoir dans le présent, on reconnaîtra la justesse d'une opinion qui se trouve dans le dixième rapport de la Belgique, sur son service d'aliénés.

Ce rapport, après avoir énuméré toutes les garanties, cherchées simultanément ou successivement un peu partout, se termine ainsi :

« Le résultat cherché ne peut être obtenu que par un homme qui mérite la confiance des familles et de l'autorité : le MÉDECIN. »

Médecine légale

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

Par M. le Dr A. GIRAUD
Directeur médecin de l'asile de Fains.

Les attentats contre les personnes (suite). — Affaire L..., responsabilité; affaire B..., responsabilité; par M. le Dr Fabre de Parrel. — Affaire J. ., simulation, responsabilité; affaire H..., délire des persécutions, irresponsabilité; affaire Th..., délire partiel hypochondriaque, irresponsabilité; par M. le Dr Langlois. — Consultation médico-légale, Mme X..., délire des persécutions, poursuites en interdiction, séquestration à la suite de tentatives de violences sur la personne d'un magistrat; par M. le Dr Laffite.

La précédente revue a été tout entière consacrée à l'analyse de rapports dans lesquels les experts ont conclu à la responsabilité de l'accusé. De nouvelles communications nous permettent d'ajouter quelques faits à cette série.

M. le Dr Fabre de Parrel a été commis à l'effet d'examiner l'état mental d'un nommé L... (Henri), inculpé de coups et menaces de mort, et détenu à la maison d'arrêt de Rouen. L'accusé était un jeune homme robuste, âgé de vingt-cinq ans, exerçant la profession de garçon boucher. Ses parents demeuraient aux environs de Rouen : un de ses frères était, lui aussi, garçon boucher à Rouen. L..., néanmoins, n'avait aucune relation avec ses parents. Il avait des habitudes d'intempérance anciennes et notoires. Les dépositions de l'enquête concordaient sur ce point. Un témoin déclare « qu'il s'adonne à la boisson et qu'il est furieux quand il a bu. » Son frère dit « qu'il boit beaucoup depuis quelque

» temps, et devient furieux quand il est pris de boisson. » Le commissaire de police s'exprime ainsi : « L... tra- » vaille depuis plusieurs années à l'abattoir. Là, comme » dans ses garnis, il s'est fait remarquer par ses habitudes » d'ivrognerie; il est querelleur lorsqu'il a bu, mais on » ne connaît aucun acte de violence à lui reprocher, non » plus qu'aucun acte de folie. » Aucun des ascendants ou collatéraux de l'accusé n'avait été atteint d'aliénation mentale.

Le fait délictueux est exposé de la manière suivante par M. Fabre de Parrel : « Le dimanche 22 janvier, vers midi et » demi, L... rencontre devant l'abattoir son frère Gaston » qui lui offre un café : d'après un témoin, Henri répond » en ces termes : « Il y a plusieurs mois que tu ne m'as » pas parlé, comment se fait-il que tu m'offres quelque » chose? Je t'ai corrigé étant jeune, je te corrigerai encore.»

» Le soir vers six heures, Henri, après avoir passé la » journée à boire, trouve son frère dans un bureau de » tabac, et sans aucune provocation se précipite sur lui et » lui assène sur la tête un violent coup de poing; deux » heures plus tard, il le rencontre encore et lui cherche » querelle; mais un agent de la paix intervient et l'éloigne. » Le lendemain matin, vers huit heures, il va se placer » devant l'entrée des abattoirs et dit à un témoin: « Toi, tu vas » voir aujourd'hui mon frangin et moi, nous allons mourir » tous les deux. » A d'autres il dit qu'il va tuer son frère, » et se tuer ensuite; il paraît très surexcité. Le concierge » de l'abattoir finit par lui enlever le couteau dont il pré- » tendait se servir, après lui avoir fait quelques remon- » trances. Il se retire à six heures du soir, promettant de » ne pas mettre ses menaces à exécution.

» Il va se constituer prisonnier au poste de police, disant » qu'il n'a plus l'intention de tuer son frère. Mais quelques » heures après, il tient devant M. le procureur de la » République un langage menaçant et garde devant ce

» magistrat une attitude que je dois faire ressortir ; à cet » effet, je transcris ici son interrogatoire. »

Cet interrogatoire, que nous nous bornons à analyser, montre le prévenu complètement découragé, et peu disposé à répondre aux questions. Il reconnaît que sans aucune provocation, mais se disant ivre, il a frappé son frère d'un violent coup de poing. Il reconnaît également que, pendant plusieurs heures, il a monté la garde à la porte de l'abattoir avec un couteau de boucher en proférant des menaces de mort, et déclare que son intention était de tuer son frère avant de se tuer lui-même. Il se dit un homme perdu parce que, depuis plusieurs mois, il s'enivre si souvent qu'il n'a plus aucune ressource. Il demande une condamnation et se dit décidé à faire un coup pour aller en prison. L... refuse de signer et l'appréciation inscrite à la suite de l'interrogatoire fut que le prévenu refusant de répondre à la plupart des questions semblait ne pas jouir de toute sa raison, ou nourrir à l'égard de son frère des projets de vengeance.

Le lendemain, l'attitude de l'accusé devant le juge d'instruction était toute différente. L... prétendit ne pas se souvenir de ce qu'il avait fait le 22 et le 23, ne pas se rappeler avoir proféré des menaces contre son frère. Il répond qu'il ne se souvient pas de ce qu'il a dit au procureur de la République, et il déclare qu'il n'a pas l'intention de faire mal à son frère et qu'il n'avait pas la tête à lui quand il l'a menacé.

M. Fabre de Parrel ne trouva dans l'examen direct de l'accusé aucun vice de conformation. L... était un garçon robuste. Il répondait sans bonne volonté, et d'un air de mauvaise humeur. Sa santé était bonne, il n'accusait ni troubles digestifs ni cauchemars : la langue et les mains étaient exempts de tremblement ; les pupilles étaient égales. Il répondit qu'il ne se rappelait pas les faits incriminés ; qu'il était ivre. Il reconnaissait ses excès alcooliques et soutint qu'il n'avait pas de motif de haine contre son frère

mais il ne témoignait aucun regret. Les sentiments affectueux paraissaient ne pas exister chez lui, et il trouvait naturel de n'avoir aucune relation avec sa famille depuis plusieurs années; mais rien ne put révéler l'existence de troubles intellectuels antérieurs et la conclusion fut que dans les actes commis, il n'avait subi l'influence d'aucune hallucination ni d'aucune conception délirante.

M. Fabre de Parrel a résumé ainsi ses appréciations : « L'attitude de L... devant les magistrats et en particulier » devant M. le procureur de la République pouvait faire » concevoir des doutes sur son état mental. Cet accès de » découragement au moment de son interrogatoire s'explique » cependant, après l'accès de surexcitation qu'avait pro- » duit l'alcool. Les ivrognes, dès qu'ils n'ont plus à leur » disposition l'excitant habituel, tombent facilement dans » un état de dépression physique et intellectuelle. C'est ce » qui est arrivé à L... au moment où, après réflexion, il a » compris la gravité des actes qu'il a commis. L'ivrognerie, » d'ailleurs, n'a d'influence sur la responsabilité que si » elle produit des troubles intellectuels persistants, ce qui » n'est pas le cas ici. L'homme soumis à notre examen a » très peu d'instruction, son éducation est nulle; ses » facultés mentales sont peu développées. Mais son intelli- » gence est suffisante pour guider raisonnablement sa » conduite. Sous l'influence de l'excitation produite par » l'alcool qu'il a pris volontairement, il a conçu des projets » violents et frappé son frère sans motif; mais rien dans » ce fait ne peut atténuer sa responsabilité.

» En conséquence de ce qui précède, je crois devoir » tirer les conclusions suivantes :

» Le nommé L.... (Henri) n'est atteint d'aucune forme » d'aliénation mentale et les faits qui lui sont reprochés » n'ont eu pour cause aucune idée délirante.

» Il est responsable des actes qu'il a commis le 22 et le 23 janvier 1882 »

La thèse soutenue dans ce rapport est que l'ivresse, résultant du fait d'avoir volontairement pris des boissons alcooliques, n'est pas une excuse, et par conséquent n'atténue pas la responsabilité. Nous avons exposé dans une précédente revue que cette doctrine est celle qui, malgré les efforts de la défense, est généralement admise par les tribunaux

Un second fait, communiqué également par M. le Dr Fabre de Parrel, présente un cas moins simple. L'accusé était, ici encore, un ivrogne, mais il avait des antécédents héréditaires et avait eu, à une époque antérieure un accès de folie. L'exposé de l'affaire permettra d'ailleurs de juger de la situation.

Il s'agit d'un nommé B... (Gustave), âgé de quarante-cinq ans. Son père serait mort depuis plus de quarante ans, dans un accès de folie ; sa mère, vive et nerveuse, est morte récemment. Ses frères et sœurs, d'une bonne santé, n'étaient atteints d'aucun trouble de l'intelligence. B... a toujours été d'un caractère violent et se livrait à la boisson depuis huit ou dix ans. Il a subi deux condamnations antérieures, l'une pour outrages à un commandant de la force publique, l'autre pour coups et blessures à sa femme, et cette dernière condamnation a fait naître en lui un vif ressentiment contre sa femme et sa fille qui ont porté plainte; mais sa femme était surtout l'objet de ses violences, et on peut s'étonner qu'il ait pu sans émouvoir l'opinion publique, et sans amener l'intervention de la justice, se livrer à la série d'attentats relevés dans l'enquête. On aurait vu l'accusé frapper sa femme à coups de crosse de fusil, à coups de fouet, la jeter dans une citerne de quatre mètres de profondeur, lui lancer une brique à la tête, la précipiter d'un grenier et d'une hauteur de 4 m. 50 sur un amas de briques, lui tirer sans l'atteindre deux coups de revolver,

etc. Il l'aurait menacée de mort à diverses reprises, disant qu'il se tuerait ensuite. Malgré le caractère violent de l'accusé, aucun des témoins n'admettait chez lui l'existence de troubles intellectuels, mais tous le considéraient comme un ivrogne invétéré, brutal d'ordinaire, plus irritable et plus méchant encore quand il était sous l'influence de l'alcool. Sa femme et sa fille, néanmoins, ont rapporté que deux à trois mois environ avant l'attentat qui a motivé l'arrestation, il aurait eu un accès de folie. Cet accès était caractérisé « par des hallucinations, frayeurs et courses » nocturnes, idées de persécution, insomnies. Il voyait des » êtres imaginaires qui le poursuivaient, voulaient le voler, » le tuer; il croyait voir sa femme couchée avec d'autres, » errait la nuit dans la campagne, allant réclamer des » secours, etc. Ces troubles intellectuels, après avoir duré » quelques jours seulement, auraient disparu à la suite de » soins donnés par le Dr Cotoni. Ce médecin, dans un rap- » port joint au dossier, affirme n'avoir constaté chez B... » aucun trouble de ce genre, lorsque ce dernier est venu » le consulter. »

Tels étaient les antécédents de l'accusé. L'acte qui a motivé l'arrestation est exposé brièvement dans le rapport de M. Fabre de Parrel : « B..., qui avait passé la journée « précédente et la matinée à Oissel et à Rouen, revient à » Boisguillaume après avoir, comme d'habitude, bu plus que » de raison. Il trouve sa femme en journée chez un voisin, » lui demande de l'eau-de-vie, et sur son refus, s'armant » d'une bêche, la frappe à coups redoublés, puis court chez » lui, en disant : « Dans deux minutes tu es morte! » Il » sort, le revolver à la main, tire sur sa femme qu'il blesse » à l'épaule, et tournant son arme contre lui-même fait feu » deux fois, et tombe à terre frappé d'une balle qui lui fait » sur le cuir chevelu une blessure sans gravité.

» Il perd un peu de sang, on le porte dans son lit, et une heure et demie après, le garde champêtre qui vient

» l'arrêter le trouve calme : il raconte toute la scène qui » vient de se passer dans ses plus grands détails, mais il » nie avoir tiré sur sa femme et attribue la blessure de » celle-ci à un ricochet. »

En procédant à l'examen direct, M. Fabre de Parrel a trouvé un homme aux allures brusques, à l'œil vif et méchant, parlant sèchement sur un ton de mauvaise humeur. La santé générale était bonne. Pas de tremblement bien marqué de la langue et des mains. Les fonctions digestives étaient dans un état relativement satisfaisant, malgré les excès habituels de l'accusé. La parole n'était pas embarrassée et les pupilles étaient normalement contractées. Le sommeil était parfois interrompu par des rêves pénibles. B .. raconta avec une grande lucidité son histoire, et particulièrement la scène qui avait motivé son arrestation. Son système de défense était qu'il n'avait pas voulu tirer sur sa femme et que si elle avait été atteinte, c'était par un ricochet. Il prétendit qu'il était alors fou et soûl, et insista sur l'accès de folie antérieur, accès qu'il reconnaissait d'ailleurs avoir duré seulement quatre ou cinq jours.

Dans la discussion des faits, M. Fabre de Parrel constate que B..., tout en répétant qu'il était fou quand il a tiré sur sa femme, n'a parlé d'aucune hallucination ni d'aucune idée délirante ayant pu le pousser aux actes qu'il a commis. Il paraissait avoir conservé un souvenir exact de toutes les circonstances, sachant s'appuyer sur les faits favorables à sa défense et niant énergiquement ceux qui pouvaient lui nuire. B... ne présentait aucun symptôme d'aliénation mentale à la maison d'arrêt, mais quelle valeur devait-on attribuer à son assertion qu'il était fou lors de l'attentat? Son récit, celui de sa femme et de sa fille doivent faire admettre que B... a eu à une date antérieure un accès de folie alcoolique, mais tous s'accordent à dire que l'accès a duré quelques jours seulement, et la lucidité est redevenue complète. Un nouvel accès se serait-il déclaré comme

prétend l'accusé? M. Fabre de Parrel répond négativement, et s'appuie sur les arguments suivants : « Si c'est un accès » de délirium tremens, comme le premier, comment se » fait-il que B.... ne le décrive pas? Où est l'hallucination, » où est l'être imaginaire, voleur, assassin qu'il aurait cru » frapper? Quelles injures a-t-il entendu prononcer » contre lui? Il devrait s'en souvenir, comme il s'est sou- » venu des hallucinations qu'il nous a racontées, comme il » se souvient des moindres détails de la scène du 1er décem- » bre. Le garde champêtre qui l'a vu moins de deux heu- » res après la scène l'a trouvé calme, expliquant à sa » façon ce qui s'était passé. Un accès de folie alcoolique » assez intense pour pousser un homme à un meurtre ne » disparaîtrait pas ainsi en quelques instants. Il n'a pas » agi en inconscient, car son acte répondait à des idées, à » des menaces antérieures; et l'action en elle-même s'est » accomplie sans avoir été entourée d'aucune circonstance » anormale pouvant faire soupçonner la folie. Il ne peut » donc être question ici ni d'impulsion irrésistible, ou de » folie instantanée, ni de délire alcoolique. »

M. Fabre de Parrel pense que l'abus invétéré de liqueurs spiritueuses reste à peu près sans influence sur la responsabilité tant qu'il ne se manifeste pas de délire confirmé. D'ailleurs l'accusé n'était pas dans l'état d'hébétude décrit par Tardieu et qui précéderait chez certains alcoolisants la folie proprement dite.

Les conclusions du rapport sont les suivantes :

« B... ne présente pas actuellement de troubles intellectuels.

» Il n'était atteint au 1er décembre dernier d'aucune » forme d'aliénation mentale.

» Il est responsable des actes qu'il a commis à cette « époque. »

Traduit devant les assises, B... a été condamné à sept ans de travaux forcés.

Les conclusions de ce rapport nous paraissent déduites très logiquement; nous signalerons néanmoins une lacune. Les antécédents héréditaires de l'accusé sont signalés au début du rapport, et la discussion des faits n'en fait point mention. Le seul fait d'avoir eu des parents aliénés ne permet en aucune façon d'invoquer l'irresponsabilité des actes, mais n'en constitue pas moins une prédisposition dont on doit tenir compte. B... était non seulement un ivrogne mais un homme violent et brutal, et ne subissait-il pas l'influence d'un tare originelle? La question pouvait être résolue négativement, mais il nous semble qu'elle devait être discutée au point de vue médico-légal. B... n'a pas été condamné au maximum de la peine; par conséquent, des circonstances atténuantes ont été admises. Nous ignorons les motifs de l'atténuation et l'influence que les arguments de la défense ont eue sur le verdict du jury.

Un rapport qui nous est communiqué par M. le Dr Langlois a pour conclusion que les troubles intellectuels de l'accusé ont été simulés. Tout en rentrant dans la même série, il diffère par conséquent des deux cas précédents.

Le rapport nous présente l'accusé en nous faisant connaître son casier judiciaire. J..., né à Strasbourg en 1830, a subi comme principales condamnations :

10 juillet 1859, cinq ans de réclusion par un conseil de guerre;

11 mars 1864, un mois de prison pour escroqueries;

11 janvier 1868, trois mois de prison pour vol;

24 octobre 1868, deux ans de prison (par défaut) pour vol;

28 janvier 1869, cinq ans de réclusion pour vol qualifié.

Dans l'intervalle de ces peines, douze condamnations de durée variable pour rupture de ban.

Mis en liberté pour la dernière fois le 24 février 1881, il fut recommandé, grâce aux bonnes intentions qu'il mani-

festait, à une société de patronage et obtint du travail aux contributions directes. Tout d'abord sa conduite parut exemplaire, et chaque semaine il allait déposer de l'argent entre les mains du directeur de la prison. Le 5 mai, il donne congé à son propriétaire pour le 17, en disant qu'il regrettait de le quitter, mais qu'il ne pouvait plus rester dans le quartier *à cause des filles de joie qui sont salariées par la police*. Dans les derniers temps,il avait augmenté sa ration de vin et s'était mis à prendre de l'eau-de-vie. Le 8 mai, se rendant à la prison comme d'habitude, il parut exalté et se plaignit d'être persécuté par les agents de la police secrète. Le 12 mai, il rapporta son travail inachevé aux contributions en disant qu'il ne pouvait plus travailler et qu'il avait une fièvre à ne pas pouvoir tenir la plume. Le 13, il commettait l'attentat qui motiva son arrestation. D'après ses récits, il était persécuté; les gens du quartier riaient dès qu'il tournait le dos; on aurait installé chez une fille soumise du voisinage une machine pour le tourmenter, et un soir il aurait vu entrer dans sa chambre une espèce de fumée avec des bonshommes qui dansaient dedans. En même temps il faisait à la personne qui tenait son ménage des déclarations amoureuses, mais cette personne rejeta constamment les avances de J... en lui disant qu'elle était mariée et honnête femme et qu'elle ne voulait pas tromper son mari.

L'acte incriminé avait été commis dans les circonstances suivantes. La femme R... était venue faire la chambre de J... Celui-ci renouvela ses déclarations amoureuses sans aucun succès, et la femme R... se mit à faire le lit. J... qui se tenait alors sur la porte de la chambre (on a supposé que c'était pour voir si personne ne montait), saisit la femme par la taille et, avant qu'elle n'ait eu le temps de se dégager, il la frappa violemment à la tête au moyen d'un poids d'horloge. Le premier coup fut amorti par le chignon et le peigne qui fut brisé; trois nouveaux coups

furent portés, mais la victime de l'attentat put appeler au secours pendant que le meurtrier prenait la fuite. Il fut trouvé deux heures plus tard et se laissa prendre sans résistance en disant : « Faites de moi ce que vous voudrez, je suis fou. » On relate que le poids fut retrouvé dans la boîte à horloge, l'anneau qui le soutenait était fraîchement brisé et la corde coupée par une section nette.

Mis en observation à Maréville, J... s'est montré très tranquille, se conduisant convenablement et répondant avec intelligence à toutes les questions. Les fonctions physiologiques s'accomplissaient normalement, et le sommeil était paisible. C'était d'ailleurs un homme d'une constitution robuste, et son crâne était bien conformé. L'examen a porté surtout sur les hallucinations dont il se disait tourmenté. Dès le lendemain de son arrivée, il se déclarait persécuté par des auxiliaires de la police et il prétendit qu'il avait senti pendant deux nuits, de onze heures du soir au petit matin, un gaz qu'il ne pouvait définir et venait de la chambre d'une fille de joie qui demeurait au-dessus de lui. Interrogé sur les motifs qui l'avaient poussé à attenter à la vie de la femme R..., il répondit : « C'est dans un moment » de trouble que ce crime a été commis. » Une observation attentive révéla des contradictions flagrantes dans la description qu'il faisait de ses hallucinations. Tout d'abord il avait répondu qu'il n'avait jamais vu ses persécuteurs, mais bientôt il parut se raviser, et le soir, à la contre-visite de l'interne, il se mit à décrire les agents qui le poursuivaient. Plus tard enfin il changea d'attitude dans la crainte de rester enfermé à Maréville.

Dans l'appréciation des faits, M. le Dr Langlois constate qu'il n'existe aucune relation entre l'acte incriminé et les conceptions délirantes et les hallucinations dont l'accusé se prétendait atteint L'aliéné tourmenté par le délire des persécutions cherche à se débarrasser de ses ennemis, mais ne frappe pas une femme pour laquelle il éprouve une

passion violente ; les quelques excès de boisson qu'il a pu faire n'ont déterminé chez lui aucun des symptômes de l'alcoolisme. Son attitude pendant et après l'attentat n'est pas celle d'un aliéné, et il cherchait à se sauver après avoir manqué son coup.

« Quand on le retrouva après deux heures de recherches, » écrit M. le Dr Langlois, il dit : «Faites de moi ce que vous » voudrez, je suis fou. » Il l'était si peu qu'il s'était enfer- » mé à clef et qu'il n'est venu se livrer que parce qu'il » avait perdu tout espoir de pouvoir passer inaperçu dans » l'escalier ou sur les toits environnants. De tous ces faits, » il ressort clairement que l'inculpé aimait passionnément » la femme R..., qu'il lui a déclaré son amour à plusieurs » reprises, qu'il lui a demandé de se donner à lui et qu'en » présence du refus de celle-ci, il n'a plus eu qu'une pen- » sée : la posséder quand même, morte ou évanouie.

» En résumé, J... n'a ni le facies, ni l'attitude d'un per- » sécuté halluciné ; ce n'est ni un alcoolique, ni un impul- » sif, et ses paroles sont en contradiction complète avec ses » actes. Il nous a avoué qu'il n'a entendu ses voix que » pendant quatre jours, qu'il n'a fait des abus de boisson » que pendant le même laps de temps ; il est allé reporter » son travail au bureau des contributions en disant qu'il » avait la fièvre ; il se montra à la prison très exalté et se » plaignit d'être persécuté. En se conduisant ainsi, il cher- » chait une issue : il préparait des témoins à décharge et si- » mulait déjà les symptômes précurseurs d'un accès d'alié- » nation mentale, qu'il avait l'intention d'invoquer pour excu- » ser un crime. Aussi, dès qu'on le retrouve, il s'écrie : « Je » suis fou. » Arrivé à Maréville, il est trop intelligent pour » essayer de nous tromper, et le délire des persécutions, » les hallucinations de l'ouïe, de la vue, de l'odorat dispa- » raissent comme par enchantement. »

Les conclusions du rapport sont :

« 1° J... n'est pas aliéné;

» 2° Il a simulé la folie;

» 3° Au moment de l'acte incriminé, il jouissait de son » libre arbitre;

» 4° Il est responsable. »

Nous ne voyons pas dans ce rapport que M. le Dr Langlois ait cherché à obtenir de l'accusé l'aveu de la simulation. Les contradictions relevées lors de l'observation directe pouvaient suffire à la démonstration, mais il n'est pas rare qu'un simulateur reconnaisse lui-même sa supercherie quand il voit que l'expert n'en est point dupe.

J... a été condamné à cinq ans de prison.

Les attentats contre les personnes occupent une grande place dans la médecine légale des aliénés. Les exemples que nous avons cités dans les précédentes revues, font voir qu'il n'existe pas de folie homicide et que l'aliéné peut commettre un meurtre, quelle que soit la forme de folie dont il est atteint; mais l'alcoolisme, quand on ne constate pas un délire manifeste au moment où l'acte a été commis, n'est généralement pas admis comme cause d'irresponsabilité; enfin, il existe des cas assez nombreux où les experts n'hésitent pas à déclarer l'accusé entièrement responsable de ses actes. Nous avons pu ainsi passer en revue les diverses circonstances soumises au médecin, dans le cas d'attentat contre les personnes, et lorsque le prévenu ne paraît pas entièrement sain d'esprit; mais depuis que nous avons abordé cette étude, nous avons reçu de nos collègues de nouveaux rapports inédits, relatifs aux attentats contre les personnes commis par des aliénés. Ces rapports offrent de l'intérêt, et d'ailleurs il est rare qu'un nouveau cas bien étudié ne présente pas quelque particularité d'où l'on puisse tirer un enseignement. Nous sommes ainsi conduits à revenir sur des points déjà traités.

Si tous les aliénés peuvent devenir dangereux à un

moment donné, ceux qui ont le plus de tendance à attenter à la vie de leurs semblables sont les malades atteints de délire partiel avec prédominance d'idées de persécution. Nous citerons de M. le Dr Langlois deux rapports se rattachant à cette catégorie de faits.

H..., âgé de trente-neuf ans, cultivateur, marié depuis plusieurs années, possédait une modeste aisance, et tous les témoins se sont accordés à dire que jamais il n'avait proféré des menaces contre sa femme, au moins jusqu'au mois qui précéda le meurtre de cette dernière.

Au mois de juillet 1882, il se plaignait d'être mal à son aise et alla consulter son médecin réclamant des pilules qui l'avaient soulagé auparavant. Il rapporta ses pilules, en prit une le soir et passa une nuit tranquille. Le lendemain matin sa femme lui donne une seconde pilule, mais il se plaint de l'amertume. Il accuse sa femme d'avoir voulu l'empoisonner, demande du lait comme contre-poison et se rend à la gendarmerie et chez son médecin pour dénoncer le fait. Il rentre chez lui et cherche à s'occuper, mais les idées d'empoisonnement persistent. Il refuse de déjeuner et va scier du bois. Sa femme était venue s'asseoir près de lui: à un certain moment, croyant sentir les symptômes de l'empoisonnement, il saisit un morceau de bois et la frappa de toutes ses forces, puis la voyant se relever, il la frappa de nouveau. Il se rendit quelques instants après chez une voisine, s'assit et se mit à pleurer, en disant qu'il venait de frapper sa femme. « Je l'aime bien, ajoute-t-il, mais elle a empoisonné mon déjeuner. »

Lorsqu'il fut transféré à Maréville pour être soumis à l'observation médicale, il se montra insouciant et continua de manifester des idées d'empoisonnement, se plaignant d'avoir l'estomac brûlé. Il accusait en outre d'autres idées de persécution; il croyait que sa femme avait été infidèle, et il était persuadé qu'il ne pouvait subir aucune condamnation. Ces idées ont été, croit M. le Dr Langlois, précédées

de préoccupations hypochondriaques coïncidant avec quelques troubles du côté des organes génitaux. H..., quelque temps avant l'attentat contre sa femme, avait fait quelques excès de boisson et des excès vénériens. Il a avoué en outre des habitudes solitaires. L'appareil génital surmené par les excès de coït et la masturbation n'obéissait plus à ses désirs. Il se figura qu'il devenait impuissant et fut alors tourmenté par des préoccupations hypochondriaques auxquelles succédèrent les idées de persécution et d'empoisonnement, quand il crut avoir trouvé la cause de son mal.

« Depuis qu'il est placé en observation, écrit M. le » Dr Langlois, il n'a jamais varié dans ses réponses ni dans » son attitude: il est très indifférent à tout ce qui se passe » autour de lui, passe ses journées dans l'oisiveté et répète » qu'il a tué sa femme parce qu'elle l'a empoisonné par les » deux bouts, en lui faisant prendre une pilule autre que » celles prescrites par le médecin, et en lui communiquant » une maladie vénérienne. Du reste, ajoute-t-il, il n'y a pas » grande perte: elle était enceinte d'un autre, et faisait la » noce (ce qui est complètement faux).

» Il recherche l'isolement, parle seul, sourit avec satis- » faction, et demande tous les jours sa sortie pour aller » se défendre devant ses juges; il est certain du succès » parce qu'il a de l'argent, et qu'il parle aussi bien qu'un » avocat.

» En résumé, sa manière d'être avant le meurtre, les » conceptions délirantes qu'il a manifestées publiquement, » l'abolition des sentiments affectifs et surtout le mobile du » crime ne laissent aucun doute sur la maladie mentale dont » l'inculpé est affecté.

» Rappelons pour mémoire que son grand-père a fait » une tentative de suicide et que H... a eu une fièvre « typhoïde à l'âge de quinze ans. »

Les conclusions du rapport sont les suivantes:

« 1° H... est atteint de délire partiel avec préoccupation » hypochondriaques, idées de persécution, et craintes d'em- » poisonnement;

« 2° Au moment de l'acte incriminé, il ne jouissait pas de » la plénitude de ses facultés;

» 3° Il n'est pas responsable;

» 4° Il doit être considéré comme un aliéné très dange- » reux et traité comme tel. »

Conformément à ces conclusions une ordonnance de non-lieu fut rendue, et le malade fut maintenu d'office à Maréville.

Un second rapport du Dr Langlois présente de grandes analogies avec celui que nous venons d'analyser : il s'agit encore d'un hypochondriaque avec délire partiel, toutefois le mobile de l'attentat est différent. Le nommé Th... avait, dans la nuit, sans motif apparent, frappé sa femme à coups de bâton sur la tête jusqu'à ce qu'elle perdit connaissance, puis il avait assommé son enfant, et avait été le jeter dans un puits. Ensuite, il s'était rendu chez le curé en demandant à se confesser, et en le prévenant que sa femme devait avoir besoin de son ministère. Il se laissa arrêter sans opposer de résistance.

Th... était un ancien garde forestier, il ne commettait pas d'excès, mais s'était fait remarquer par ses extravagances, et on signale chez lui des antécédents héréditaires. Un de ses frères est mort à Maréville, un autre n'est pas considéré comme sain d'esprit. Th... était depuis quelque temps tourmenté par l'idée qu'ayant eu un chancre quand il était soldat, il devait mourir d'une mort affreuse, et qu'en outre il avait infecté sa femme et son fils; c'est ce qu'il croyait avoir lu dans Raspail, et il avait commis l'attentat pour épargner des souffrances à ceux qu'il aimait. Placé en observation à Maréville, Th... se montra sombre, taciturne et déprimé, cherchant à s'isoler des autres malades. Sa

physionomie exprimait une profonde désolation, parfois il refusait la nourriture. Il éclatait en sanglots, versait des larmes; son sommeil était fréquemment interrompu par des rêves terrifiants.

Les conclusions du rapport sont :

« 1° Th... est atteint de délire partiel de forme lypémaniaque avec préoccupations hypochondriaques et hallucinations des sens;

» 2° Au moment de l'acte incriminé il a été entraîné par une force à laquelle il n'a pu résister;

» 3° Il n'est pas responsable. »

Une ordonnance de non-lieu a été rendue, et le malade a été maintenu d'office à Maréville.

Un mémoire du Dr Laffitte nous amène à parler d'un fait dans lequel l'attentat n'a pu être évité que par des circonstances tout à fait indépendantes de la volonté de l'agresseur.

Consulté sur la question de savoir quel était l'état mental de Mme X... dont l'interdiction était poursuivie, le Dr Laffitte avait pu conclure, des seules pièces de la procédure, que cette dame, veuve depuis plusieurs années, était atteinte de folie caractérisée par des hallucinations de la vue, de l'ouïe et du goût, et que le trouble intellectuel était déjà ancien. Les dépositions, et surtout les lettres de Mme X... permettaient de suivre le développement du délire. D'abord elle manifesta des craintes, crut que les parents de son mari, et entre autres son beau-frère, lui en voulaient et payaient des gens pour répandre le bruit de son incapacité à remplir les devoirs de tutrice. Plus tard elle se plaignit de ce qu'on l'accusait de vouloir empoisonner ses enfants, puis elle songea à se défendre, et écrivit à son frère de lui acheter un revolver; ses lettres ensuite révèlent des hallucinations : « Apporte-moi un » pistolet chargé de poche, écrit-elle, et un revolver. La

» dernière fois que je suis revenue de R... j'ai vu quatre » hommes sur le bord de la route qui ont crié aux armes et » j'ai entendu un bruit d'armes. » En même temps elle s'entendait appeler gueuse, par ses domestiques; et était préoccupée de l'idée qu'on en voulait à ses jours. Elle était convaincue de la réalité des poursuites de ses ennemis, entendait leurs voix et les préparatifs qu'ils faisaient pour l'assassiner; enfin, des idées ambitieuses se développèrent et elle se crut appelée à devenir impératrice. D'après les dépositions, l'éducation de ses enfants était compromise, l'administration de sa fortune était négligée, et Mme X... avait formé le projet de construire dans sa propriété une chapelle à Notre-Dame-de-la-Salette. Ce projet avait reçu un commencement d'exécution, quoique la fortune de Mme X... ne fût nullement en rapport avec une semblable dépense.

La consultation du Dr Laffitte s'appuie sur un grand nombre de citations : le rapide exposé que nous avons fait suffit pour juger de la situation.

Malgré les divers documents, le tribunal de première instance jugea l'interrogatoire et les pièces produites insuffisantes, et faisant droit à la demande de Mme X..., ordonna l'enquête pour que les faits fussent justifiés par témoins. Après l'enquête, l'affaire ayant été appelée de nouveau devant le tribunal, l'avocat de Mme X..., affirma la parfaite lucidité de sa cliente et il chercha à démontrer qu'elle n'avait jamais cessé de jouir de la plénitude de ses facultés : glissant légèrement sur les faits révélés par l'enquête et contraires à sa cause, il insista sur les réponses raisonnables recueillies dans l'interrogatoire, et il termina sa plaidoirie en parlant de la tendance des médecins aliénistes à trouver des symptômes de folie dans les actes les mieux raisonnés. Conformément aux conclusions de l'avocat de Mme X..., le tribunal rejeta la demande en interdiction.

La famille interjeta appel de cette décision, et c'est alors qu'eut lieu l'agression. Nous transcrivons textuellement ici le récit du Dr Laffitte : « L'affaire devait venir à une des » plus prochaines audiences, lorsque se produisit le grave » incident qui aurait pu avoir les conséquences les plus » tragiques, sans l'intervention et la présence d'esprit » d'un magistrat. Mme X... s'étant présentée un jour au » parquet du tribunal de première instance réclama d'un » ton impérieux et avec insistance l'arrêt qui devait lui » maintenir ses droits de tutrice en confirmant le juge- » ment du tribunal de R..., puis elle ajouta, en montrant » un revolver qu'elle avait dans sa poche, qu'elle saurait » bien se faire justice elle-même et qu'elle brûlerait la » cervelle à l'avocat et aux magistrats qui voudraient la » faire interdire et lui enlever la tutelle de ses enfants.

» Le substitut, qui se trouvait au parquet en ce moment, » fut d'abord un peu ému des menaces de la plaignante, » mais comprenant bien vite qu'il avait affaire à une » aliénée, il chercha à la calmer en lui disant qu'elle » n'avait plus qu'une démarche à faire auprès du procureur » général pour s'assurer par elle-même que la cour lui » avait conservé tous ses droits, et s'offrit à la conduire » lui-même dans le cabinet du chef du parquet situé à » l'étage supérieur.

» En passant, il donna un ordre à des agents de police » qui se trouvaient sur son passage, et Mme X... fut » arrêtée en montant l'escalier qui conduisait au premier » étage : elle opposa une vive résistance et aurait à coup » sûr fait usage de son revolver, si les agents n'avaient pas » eu la précaution de fixer tout d'abord ses bras et de la » désarmer aussitôt. »

A la suite de cette scène, Mme X... fut admise à l'asile de Saint-Méen, et le Dr Laffitte constata qu'elle était atteinte de lypémanie chronique avec hallucinations du goût et du toucher, prétendant qu'on mettait du vert-de-gris dans ses

aliments, que ses ennemis lui avaient, la semaine précédente, fait des blessures dont on ne voyait pas les traces, parce qu'ils avaient le pouvoir de les faire cicatriser. Elle supposait qu'elle avait été conduite à l'asile par un de ses ennemis, déguisé en commissaire, et exprimait le regret de n'avoir pu décharger sur lui son revolver.

Quelques jours après, la Cour, infirmant le jugement du tribunal de première instance, prononçait l'interdiction.

Nous ne nous arrêterons pas à relever ce que, dans sa plaidoirie, l'avocat de Mme X... a pu dire de la tendance des médecins aliénistes à voir des symptômes de folie dans les actions les mieux raisonnées. Ce sont là des moyens oratoires, et des arguments de circonstance pour gagner une cause; on peut se demander s'il n'eût pas mieux valu pour Mme X... elle-même que son état mental fût reconnu plus tôt par les premiers juges, et que son avocat eût été moins habile. La procédure eût été simplifiée; peut-être même eût-on évité la scène retentissante qui a motivé la séquestration de la malade. La plaidoirie n'avait pas lieu d'émouvoir le Dr Laffitte, pas plus que cette boutade de journaliste, dans laquelle les médecins sont représentés comme des ennemis conspirant sans cesse contre la société par le concours qu'ils prêtent à la défense des criminels, en ajoutant aux incertitudes du jury. Le rôle de l'expert est d'éclairer la justice, et cette mission est toujours délicate quand on est en présence d'un délire systématisé qui ne s'est pas encore manifesté par des actes dangereux pour la sécurité des personnes.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS



« Mental science. »

Année 1880 (suite et fin).

Anal. par MM. Dumesnil et Pons.

5° *L'épilepsie d'Othello ; par M. Robert Lawson, inspecteur de l'aliénation mentale en Ecosse.*

Ce chapitre, qui voudrait être reproduit avec plus de détails, est l'œuvre d'un délicat. L'auteur se livre à un commentaire approfondi d'un passage de Shakespeare, et entreprend de démontrer que le grand poète a eu réellement l'intention de donner à son héros une attaque d'épilepsie, née sous l'influence de causes morales intenses. C'est au 4e acte d'*Othello* qu'a lieu le mouvement scénique étudié par M. Lawson. Le malheureux Maure a été le jouet des machinations du perfide Iago, qui a réussi à faire entrer le soupçon dans son âme. Il vient d'apprendre que Cassio possède un mouchoir qui pourrait bien appartenir à Desdémone. Par la description qui lui en est faite, Othello découvre que ce mouchoir est, en effet, un présent que sa femme a reçu de lui. Il entre alors en fureur, laisse échapper des imprécations incohérentes et tombe: A-t-il alors vraiment, dans l'esprit du poète, une attaque d'épilepsie, ou le mot « épilepsie » n'est-il écrit dans la pièce, comme d'autres l'ont admis, que comme un mensonge adroit, imaginé par Iago pour donner le change aux assistants ? M. Lawson défend la première version, à l'avantage de laquelle il fait valoir plusieurs arguments ingénieux. Le premier est purement littéraire. L'attaque d'épilepsie est un effet scénique familier à Shakespeare, qui s'en est servi dans une autre pièce, *Jules César*, représentée quelques années après. Le savant inspecteur de l'aliénation mentale établit que le procédé appartient d'autant

plus à l'illustre dramaturge qu'il n'est nullement démontré par l'histoire que Jules César ait été épileptique. Les autres arguments sont tous médicaux. Par l'analyse de la pièce, on voit que l'accès est précédé d'un état de malaise, pendant lequel le Maure prononce des phrases entrecoupées et accuse des troubles musculaires dont il s'épouvante. Pendant tout le temps de l'attaque, la perte de connaissance est complète. Le fait est bien indiqué par le poète qui met alors en scène Cassio, qui a tout à craindre d'une rencontre avec son rival, et met dans la bouche de Iago un monologue qu'Othello ne pourrait entendre. Enfin, les explications de Iago pendant l'attaque et sa conduite après elle, mettent en évidence la terreur qu'il ressent des impulsions morbides du Maure. La dernière partie de cette étude paraît établir que Shakespeare n'était pas seulement un poète sublime, mais qu'il savait respecter scrupuleusement dans ses pièces la vérité scientifique.

6° *La mortalité comparative des différentes classes de malades dans les asiles; par M. T.-A. Chapman, médecin en chef de l'asile du comté et de la ville d'Hereford.*

Une première statistique avait été publiée par ce médecin en 1877, et ne portait que sur la population de son établissement. Dans ce second travail sont compris les résultats fournis par trois autres établissements : Worcester, Camarthen et Abergavenny. Le nombre total des malades n'est pas moindre de 1,969 et les conclusions de cette étude ont dès lors une certaine importance. Il y a eu, en 1878, dans les quatre asiles, 132 décès, savoir 78 hommes et 54 femmes. Au point de vue des formes diverses d'aliénation mentale, les résultats suivants paraissent acquis. Les cas curables récents donnent pour les femmes une mortalité double de celle des hommes. L'auteur explique ce fait en faisant remarquer que les affections graves du cerveau ont chez les femmes des caractères mal définis, et les malades qui en sont atteintes sont quelquefois classées à tort parmi les curables. Ce sont ces malades qui fournissent un appoint considérable à la mortalité de leur sexe. Les affections mentales congénitales donnent chez les hommes un plus grand nombre de décès. L'épilepsie est par elle-même une affection meurtrière, surtout l'épilepsie acquise. La conséquence de ce fait est la proportion faible des décès d'épileptiques d'un âge avancé ; un très petit nombre a dépassé la cinquantaine. Néanmoins quelques-uns de ces aliénés, devenus épileptiques à un âge avancé

de la vie, se dérobent à cette règle. La paralysie générale cause aussi une mortalité plus grande chez les hommes. Elle diminue avec les progrès de l'âge et la prolongation du séjour à l'asile. Pour les autres formes mentales, on peut admettre que la proportion des décès est en raison inverse de la durée du séjour des malades et en raison directe de l'âge. La même règle s'applique aux cas chroniques, dans lesquels l'auteur a compris, outre les formes chroniques proprement dites, certaines formes insidieuses qui ne sauraient rentrer dans la catégorie des affections aiguës.

7° *Action physioloqique de l'alcool dans ses rapports avec la chaleur animale, et son influence sur le système vaso-moteur; par M. Bevan-Lewis, médecin adjoint de l'asile de West-Riding.*

Les expériences de M. Bevan-Lewis ont été faites sur des lapins. L'animal était pesé soigneusement et les observations calorimétriques étaient prises de quart d'heure en quart d'heure après l'ingestion de l'alcool. Des essais comparatifs avec le chloral complètent ces recherches. Nous donnons ci-après les conclusions qu'a cru pouvoir en tirer notre savant confrère :

1° De faibles doses d'alcool produisent d'abord un arrêt marqué et prolongé dans la formation de la chaleur animale; 2° abaissement de la température du corps, très marqué pendant le premier quart d'heure et coïncidant par conséquent avec l'arrêt initial de la thermogénèse ; 3° augmentation prononcée de la formation de la chaleur, proportionnelle à l'importance de la dose d'alcool administrée ; 4° ce phénomène a une durée d'autant plus longue que la quantité d'alcool ingérée a été plus considérable ; 5° l'accroissement de la chaleur produite est graduel jusqu'à une limite maxima qui correspond habituellement à la plus basse température du corps ; 6° cette limite est d'autant plus reculée et également plus intense en degrés que la dose d'alcool a été plus forte ; 7° la plus forte déperdition de calorique ayant lieu, ainsi qu'il a été établi, au début de l'expérience, les observations successives constatent des déperditions d'autant plus faibles qu'on approche de la période de production maxima, alors que commence un retour à la température normale ; 8° avec de faibles doses, ce retour est ordinairement soudain ou relativement rapide ; il est beaucoup plus lent avec des doses plus fortes, il l'est excessivement avec des quantités considérables ; 9° ces observations sont en contradiction formelle avec l'idée généralement admise que

l'alcool à haute dose abaisse la température en arrêtant directement la métamorphose des tissus ; 10° on serait tenté de conclure des observations précédentes que l'action caractéristique de l'alcool est d'augmenter la production de chaleur, tandis que la disparition du calorique fraîchement formé est facilitée par la parésie du système vaso-moteur périphérique ; et que c'est seulement par l'administration de faibles doses qu'on obtiendra une diminution temporaire dans la formation de la chaleur animale ; 11° l'action du chloral est semblable à celle de l'alcool, et l'on pourra obtenir par la combinaison de ces deux agents des effets dépressifs des plus intenses sur le système vaso-moteur ; l'emploi de ce moyen réclame une grande circonspection.

8° *Constitution chimique de la cérébrine; par M. le* Dr *Edward G. Geoghegan, médecin adjoint de l'asile de Glocester.*

Cette matière se trouve en quantité considérable dans le cerveau et les nerfs et surtout dans la substance blanche. Elle a été découverte par Muller. Liebreich l'a plus tard considérée comme un produit de décomposition de son « Protagon ». Diakonow et Hoppe-Seyler ont démontré que le protagon était probablement un mélange de cérébrine et de lécithine. Hoppe-Seyler a trouvé dans les globules de pus un corps identique à la cérébrine, et l'auteur de ce travail a pu extraire la cérébrine d'un foie cancéreux et de l'organe électrique de la torpille. Ce corps offre une fixité remarquable et on le trouve encore dans le cerveau quatre mois après la mort. L'auteur décrit ici avec soin le procédé qu'il a suivi pour l'obtenir. La formule de la cérébrine est $C^{57}H^{110}O^{25}N^2$. Nous ne pouvons que recommander la lecture de la seconde partie de ce travail où sont étudiés les dérivés de la cérébrine. On y trouve une série de manipulations et de formules d'un réel intérêt pour les savants qui s'occupent de chimie biologique. Mais une pareille étude se dérobe à une analyse sommaire.

9° *Relation entre l'état mental et l'inégalité des pupilles dans la paralysie générale; par M. Francis Wyatt Thurnam, médecin adjoint de l'asile de bourg de Bristol.*

L'auteur de ce travail a fait le dénombrement des paralysés généraux entrés à l'asile de Bristol depuis 1870, et a noté l'état des pupilles chez tous ces malades. Il a trouvé que, chez le plus grand nombre, 63, 4 pour 100, la pupille gauche était dilatée

dans le délire expansif et la droite dans les états de dépression mentale. La disposition inverse a été constatée sur 25 pour 100 des paralytiques observés ; enfin le chiffre de 11,6 pour 100 représente la proportion des cas douteux. Il conclut de ses recherches qu'aux états mentaux d'exaltation et de dépression correspondent des conditions déterminées d'inégalité pupillaire. Ce signe pathologique est connu depuis longtemps des observateurs français et a fait l'objet de plusieurs travaux publiés dans les *Annales médico-psychologiques*. Le Dr Thurnam qui, avec un grand nombre de spécialistes, lui accorde une certaine importance au point de vue séméiologique, vient exposer une théorie basée sur la physiologie cérébrale pour en donner l'explication, tout en faisant expressément ses réserves.

Chez les paralysés généraux au début, la dépression est la forme mentale habituelle, et l'optimisme ou l'exaltation se montre à une époque plus avancée. Au premier état correspond une dilatation de la pupille droite, au second une dilatation de la gauche. Ces modifications successives des pupilles sont le résultat d'une irritation du nerf de la troisième paire qui, comme on sait, par un de ses rameaux, anime les fibres circulaires de l'iris. Elle se produit d'abord à gauche et détermine le resserrement de la pupille du même côté et la dilatation *apparente* de la pupille droite. Plus tard, avec les progrès de la maladie, le même nerf est paralysé et la pupille gauche se dilate à son tour. Enfin l'irritation se propage à droite et le dernier résultat est la dilatation de la pupille gauche qui persiste et la contraction de la pupille droite. Ces phénomènes peuvent s'interpréter, d'après notre confrère, de la manière suivante : La lésion fonctionnelle du moteur oculaire commun, dont l'origine est en étroite connexion avec les corps quadrijumeaux, serait sous la dépendance de ces tubercules qui sont, d'après Ferrier, les centres réflexes de l'émotion, et les troubles de ces mêmes centres auraient leur origine dans un département de l'écorce cérébrale. M. Thurman suppose dans le cerveau un centre de grandeur (Voisin) et un centre de dépression. Ce dernier, localisé dans l'hémisphère gauche, aurait sur le centre d'exaltation, placé à droite, une influence modératrice. Dans la paralysie générale, le centre de dépression serait atteint le premier, et son irritation produirait par action réflexe la constriction de la pupille gauche, la droite conservant ses dimensions normales et paraissant dès lors plus grande. A une période plus avancée, la désorganisation de ce centre, sa paralysie et l'irritation de

l'hémisphère droit détermineraient concurremment la dilatation de la pupille gauche, le resserrement de la droite et le développement du délire d'optimisme, le centre d'exaltation n'était plus pondéré par son congénère.

10° *De l'épilepsie syphilitique, par le Dr Echeverria, ancien médecin en chef de l'hôpital d'épileptiques et paralytiques, et de l'asile d'aliénés de New-York.*

Au début de ce travail, qui est d'une importance incontestable, puisqu'il ne porte pas sur moins de cent dix-huit cas, l'auteur examine s'il faut distinguer avec M. Fournier une épilepsie secondaire et une tertiaire, la première de forme peu grave, ne correspondant pas à des lésions définies, la seconde liée à des altérations de structure. Il combat l'opinion de notre savant syphiliographe. Il établit que l'apparition de l'épilepsie chez les syphilitiques est subordonnée à leur prédisposition individuelle plutôt qu'au degré de l'affection vénérienne, et il a pu d'ailleurs mettre en évidence, chez deux malades morts prématurément pendant la période secondaire de la syphilis, des lésions macroscopiques.

Passant ensuite à l'anatomie pathologique, il s'attache à localiser les lésions de la syphilis dans les centres nerveux. A part quelques cas exceptionnels où l'on a constaté l'altération sclé-reuse de la moelle, il a trouvé qu'en général ce n'est pas le centre nerveux qui est atteint dans sa structure, mais le système vasculaire (athéromes, anévrysmes secondaires), les membranes et la névroglie. Il se produit dans les régions affectées une ischémie progressive par oblitération des vaisseaux, et d'autre part une compression des cellules par les éléments conjonctifs proliférés. La formation des anévrysmes cérébraux dans la syphilis secondaire a été étudiée par Bristowe, et des cas où cette lésion a été constatée ont été rapportés par Virchow, Huebner, Lancereaux, Wilks, Broadhent, Albutt, Hughlings-Jackson, etc. L'inflammation syphilitique des membranes peut donner lieu à la pachyméningite ou sclérose méningée.

La symptomatologie de l'épilepsie syphilitique met en évidence quelques faits intéressants. Le début est marqué bien avant l'explosion de la maladie convulsive par une céphalalgie, avec vertiges, pariétale ou frontale, souvent compliquée d'une douleur précordiale qu'on aura soin de distinguer de la douleur ostéocope du sternum. Cette céphalalgie est caractéristique et les attaques se produisent pendant les rémissions qu'elle pré-

sente. Contrairement à l'opinion de M. Charcot, M. Echeverria ne croit pas qu'il y ait un rapport entre le côté qui est le siège de la douleur et celui où apparaissent les convulsions. On accordera une grande importance, parmi les signes prémonitoires de l'épilepsie syphilitique, aux troubles mentaux et moraux dont les principaux sont la dépression mentale, l'affaiblissement intellectuel et les impulsions insolites. Les relations entre l'aliénation mentale, l'épilepsie et l'infection vénérienne ne sont pas toujours aisées à découvrir, surtout si le malade a suivi un traitement qui ait fait disparaître les symptômes spécifiques. Aussi ne devrait-on point perdre de vue que le succès apparent d'un traitement n'a pas supprimé l'aptitude du sujet à contracter l'épilepsie. L'étude attentive de la névrose éclairera le médecin sur sa nature véritable. Plusieurs mois avant la première attaque ont apparu les vertiges, la dépression mentale, l'apathie, la perte de mémoire, coïncidant avec les douleurs articulaires, les maux de gorge, la céphalée, l'insomnie. Chez les femmes la sensibilité est surtout atteinte et elles présentent des accès de fièvre, des bourdonnements d'oreille, des nausées, de la douleur épigastrique. On observe chez les deux sexes des troubles dyspeptiques. Enfin, certaines conditions étiologiques paraissent favoriser le développement de l'épilepsie syphilitique, ce sont : le nervosisme congénital l'alcoolisme, les traumatismes de la tête, l'intoxication saturnine et les affections débilitantes.

Pour terminer, nous emprunterons à ce mémoire instructif quelques renseignements sur le caractère des attaques et de la folie qui les complique.

Plusieurs malades ont accusé une *aura* caractérisée par certaines sensations étranges dans diverses régions. Ce sont des contractions musculaires, du tremblement; la sensation de froid, le bruit dans les oreilles, la douleur épigastrique, ovarienne. La perte de connaissance s'observe généralement, mais peu marquée. Le cri initial est rare, on l'a constaté chez un seul des malades observés par notre confrère. Contrairement à l'opinion admise, il établit que les convulsions ne sont franchement unilatérales que chez un petit nombre d'individus (29); le plus souvent elles sont générales avec prédominance d'un côté du corps. L'épilepsie syphilitique s'accompagne ordinairement d'hémiplégie ou de paralysie locales, transitoires ou persistantes. Avec la paralysie s'observent quelquefois l'aphasie et des altérations diverses du sens de la vue : névrite optique,

choroïdo-rétinite, paralysies de la troisième et de la sixième paire. Lorsque la folie apparaît, elle suit généralement les attaques dont elle paraît une manifestation larvée. Elle a affecté principalement les formes suivantes : manie impulsive, mélancolie, démence et paralysie générale. Tous les malades avaient de l'inégalité pupillaire. Les hallucinations offraient presque toujours un caractère terrifiant. Quatre autopsies seulement sont rapportées dans ce mémoire, elles paraissent établir l'importance de la lésion vasculaire dans cette névrose grave.

11° *Ligne frontière entre la physiologie et la psychologie du jugement simple* ; *par le révérend W. G. Davies, aumônier de l'asile de Joint-Comtes, Abergavenny.*

Bien qu'il soit admis par les savants que la pensée est le produit de l'activité cérébrale, les progrès de la physiologie ne permettent pas et ne permettront pas encore de longtemps de saisir le lien qui unit le fonctionnement intellectuel avec les modifications vitales du cerveau. En d'autres termes, l'application de la méthode objective à la psychiatrie n'est pas possible, et cependant c'est dans la combinaison de cette méthode avec la méthode subjective, consacrée par la psychologie, que consiste la perfection à venir pour la science mentale. Devant l'impuissance de la physiologie, le révérend Davies, un écrivain fort estimé, dont nous connaissons déjà quelques bonnes études de philosophie, essaie de démontrer, dans quelques pages attachantes, d'une argumentation serrée, le problème controversé de l'origine de l'idéation. Il prend pour base de son système l'existence réelle des objets en rapport avec nos sens, et insiste sur l'importance de l'objet simple, isolé, donnant naissance à la perception et au jugement simple. Entrer dans les détails de cette discussion au cours de laquelle sont citées les opinions des Locke, des Reid, des Hamilton, des Mills, nous entraînerait à des développements que nous interdit le cadre étroit qui nous est tracé.

M. Davies termine son mémoire par cette remarque : « Si le » physiologiste veut arriver à localiser les fonctions accomplies » par l'organe cérébral, il devra cesser de les rechercher dans » les régions vagues de généralité, d'abstraction et *à priori* de » pensée ; mais c'est par l'étude de la connaissance simple et » concrète que ses recherches pourront être couronnées de » succès. »

12° *Remarques et notes sur l'asile annexe de New-York (États-Unis), pour femmes imbéciles; par William W. Ireland.*

L'auteur de ce travail, lu à la séance du 24 mars de l'Association médico-psychologique, à Glascow, s'attache à démontrer la nécessité absolue d'une assistance spéciale pour ces malades. Après avoir établi que le nombre des imbéciles dans certains pays égale et dépasse même celui des aliénés ordinaires, il montre que leur mélange avec ces derniers dans les asiles est aussi funeste aux uns qu'aux autres. M. Ireland divise les dégénérés en trois classes : les inéducables, les perfectibles et les adultes. Les deux premières peuvent être groupées ensemble, mais la troisième classe réclame une hospitalisation séparée. Ce progrès n'a pas encore été réalisé en Europe, mais l'Amérique a fait quelques efforts qu'il convient de signaler. Dans le haut Canada, les idiots ont été séparés des aliénés ordinaires, et transférés des asiles de Toronto, Londres et Kingstown à l'établissement d'Orillia.

Ils ont là une installation provisoire très satisfaisante, en attendant la construction d'un asile spécial. Leur nombre est de cent cinquante parmi lesquels se trouvent quelques déments. Le projet comprend une école pour les enfants éducables, et l'asile d'Orillia restera exclusivement affecté aux adultes. L'établissement d'Hamilton contient des quartiers réservés aux idiots. Les asiles du Canada sont placés sous la juridiction de l'inspecteur des asiles, prisons, et établissements de bienfaisance pour la province d'Ontario.

Dans les Etats-Unis, le nouvel asile de Newark (état de New-York), pour femmes imbéciles, est digne de fixer l'attention. Il est situé à cinquante milles à l'ouest de Syracuse et on y arrive par la voie ferrée. C'est un bâtiment à trois étages, élevé sur une colline qui regarde le lac Erié. Il est parcouru intérieurement par un vaste corridor de forme cruciale, fort utile pendant les jours froids. La tenue des malades est excellente. Le personnel se compose d'un directeur résidant avec sa famille, d'un professeur, d'un chef des travaux, d'un cuisinier, d'un boulanger, d'une buandière, six servantes et un homme de peine. L'asile loge actuellement quatre-vingt-six pensionnaires et peut en recevoir cent dix. Le nombre des employés sera augmenté lorsqu'on procédera à l'organisation du travail.

13° *Aliénation mentale causée par le plomb; par les Drs Rayner, Robertson, Savage et Atkins.*

Ce chapitre comprend une série d'observations fournies par plusieurs médecins et se compose de quatre mémoires très courts. Le premier a été lu à la Société médico-psychologique par le Dr Rayner d'Anwell. Il contient sept cas d'intoxication saturnine avec aliénation mentale. Dans la même séance le Dr Savage a pris la parole sur cette question et les quatre observations qu'il a résumées devant ses collègues sont publiées à la suite de celles de M. Rayner. Enfin, cinq nouveaux faits rapportés par M. Robertson et une observation de démence avec paralysie due au Dr Ringrose Atkins terminent cette nomenclature. Nous avons donc l'histoire résumée de dix-sept malades chez lesquels l'intoxication saturnine, nettement mise en évidence, a pu être considérée comme la cause des troubles mentaux. Toutes les notes sont rédigées consciencieusement, avec impartialité, et l'impression qu'on garde après les avoir lues, est que l'histoire de la folie saturnine est loin d'être faite. Il n'est pas possible, en effet, de tirer de l'examen clinique de ces divers cas et même des remarques personnelles de ceux qui les ont publiés, des conclusions qui permettent de tracer nettement la physionomie de cette espèce morbide. Le Dr Rayner termine son mémoire par les réflexions suivantes : 1° l'empoisonnement grave par le plomb produit des attaques de manie aiguë et un état qui ressemble étroitement à la paralysie générale; 2° l'intoxication lente développe des troubles sensoriels à évolution lente et ce trouble mental est remarquable par l'absence du délire des persécutions et la persistance des hallucinations de la vue; 3° dans certains cas, l'intoxication se complique de goutte, et alors l'élément saturnin agit concurremment avec l'élément goutteux, pour produire une forme mentale qui ressemble de très près à la paralysie générale. D'autre part, M. Robertson affirme qu'en aucun cas, un homme habitué à observer la paralysie générale ne peut se méprendre sur la nature de l'affection et il attache une grande importance aux attaques convulsives qui compliquent l'état maniaque, à l'amaurose et au liseré bleu des gencives. D'après lui, ce groupe de symptômes suffirait à établir le diagnostic. Nous citerons en terminant la curieuse histoire d'une femme soignée à Guy's hospital par le Dr Moxon et qui a été atteinte de manie saturnine consécutivement à des injections vaginales d'acétate

de plomb. Il est bon de noter que cette malade n'avait pas d'ulcération locale.

14° *Asile public pour quatre cent quatorze lits pouvant admettre par des constructions successives jusqu'à six cents places; par M. Richard Green, médecin directeur de l'asile de comté de Berry Wood, Northampton; avec plans et une vue d'ensemble.*

Les dessins et plans de cet asile ont été présentés au concours de Hull où ils ont obtenu le troisième prix.

Il appartient au système des pavillons séparés. Il est destiné aux deux sexes et présente deux parties symétriques, séparées sur la ligne médiane par une série de constructions : le bâtiment d'administration, la cuisine, les réfectoires communs, où sont admis tous les aliénés dont l'état physique ou mental n'exige pas l'isolement, et la chapelle. Le reste des bâtiments est disposé suivant un vaste rectangle. Sur la ligne de façade on trouve, exposés au nord, et de chaque côté du pavillon d'administration : les magasins, les ateliers, la boulangerie, la brasserie, les ateliers de femmes, la buanderie et la machine à vapeur. Les logements des malades occupent les trois autres côtés du rectangle, et comprennent trois pavillons. Le premier a son préau et son chauffoir exposés au midi, il est le plus rapproché de la salle à manger commune et a deux étages. Le rez-de-chaussée contient l'infirmerie et les salles de faibles. Les deux étages forment le quartier des pensionnaires et convalescents. Ce pavillon est parcouru dans toute sa longueur par une vaste galerie qui sert de passage aux malades des autres quartiers pour se rendre au réfectoire. Le pavillon n° 2 est à un étage. Le rez-de-chaussée est destiné aux cas aigus; à l'étage supérieur sont soignés les épileptiques et les malades en observation. Enfin, le troisième corps de logis, situé dans la partie la plus reculée de l'asile, est occupé par les travailleurs et les chroniques.

Toutes les constructions sont reliées par un corridor qui est à l'épreuve du feu. Il est surélevé d'un étage. Accolées à ce corridor et faisant saillie au devant de lui, se trouvent les cages d'escalier qui donnent accès à l'étage supérieur et aux logements des malades. Elevés dans une élégante tour en briques, les escaliers sont aussi incombustibles. Dans la maçonnerie de la tour sont ménagés, à la partie supérieure, de vastes caisses pour contenir l'eau froide et chaude; dans le sous-sol, le calorifère et la provision de charbon. Cette innovation heureuse a

le triple avantage de permettre de fournir d'eau en abondance tous les quartiers de malades, de rendre faciles leur chauffage et leur ventilation et d'offrir des secours immédiats et une sécurité complète en cas d'incendie. C'est la plus importante dont ait profité le nouvel asile, dans la construction duquel, d'ailleurs, l'application des nouveaux procédés d'hygiène et de confort n'a pas été négligée. Les autres améliorations signalées dans ce travail, dont nous ne pouvons donner qu'un aperçu bien incomplet sont: la modicité du prix de la construction, la forme de l'asile qui facilite la surveillance, l'absence de longs corridors et de chemins couverts dont l'auteur conteste l'utilité l'exposition des chauffoirs au midi, la possibilité de faire, sans revenir sur ses pas, le tour de l'asile, qui peut être augmenté de constructions nouvelles sans frais considérables.

15° *Discours présidentiel prononcé à la séance annuelle de l'Association médico-psychologique le vendredi 30 juillet; par M. Georges Mould.*

L'orateur a pris pour sujet de son allocution la situation faite actuellement aux aliénés privés. Cette catégorie de malades se divise en deux classes : 1° ceux qui résident dans les établissements publics et qui ne rapportent aucun profit aux employés qui les soignent; 2° ceux qui sont placés dans des maisons de santé dont le personnel est rémunéré directement par la pension des aliénés. Ces derniers dont l'entretien est lucratif pour ceux qui les gardent, ont surtout préoccupé l'opinion dans ces derniers temps. Le pouvoir donné par la loi de priver un homme de sa liberté, au moyen d'un simple certificat, a soulevé des protestations et excité contre les aliénistes l'animadversion générale. Une enquête a été provoquée devant la Chambre des communes. Cette enquête, tout en étant négative relativement aux griefs articulés, a eu pour résultat de modifier le régime des aliénés par des dispositions légales nouvelles. Le bill Dillwyn, entre autres, délègue aux corps publics les droits et privilèges antérieurement réservés aux propriétaires de maisons privées. Malheureusement, cette loi a le tort de n'être pas obligatoire et il est à craindre que ces résultats soient aussi peu fructueux que ceux qu'a produits la loi sur les buveurs d'habitude. De même que ceux-ci n'encombrent pas les maisons de retraite qui leur sont ouvertes, de même les corps publics se résoudront difficilement à s'imposer des dépenses pour la création de pensionnats d'aliénés. L'orateur plaide

chaleureusement la cause des maisons privées. Il établit que, malgré la réputation de vénalité qu'on a injustement faite à leurs propriétaires, le traitement des malades dans ces établissements diffère peu de celui des asiles publics, et qu'il mériterait la même confiance s'ils offraient la même sécurité au point de vue de la séquestration de leurs pensionnaires.

Aussi, convient-il de considérer comme un fait grave l'absorption probable des maisons de santé par les asiles publics. Elle deviendra inévitable le jour où l'État organisera définitivement les pensionnats d'asiles. Les établissements privés verront alors leurs intérêts et leur avenir sérieusement compromis, et il serait injuste, après les services considérables qu'ils ont rendus à la classe aisée, de leur refuser une compensation. M. Mould propose de fixer un délai, après lequel ils auront à déclarer s'ils entendent fermer leurs portes ou continuer à recevoir des aliénés. Dans le premier cas, l'Etat traitera avec les propriétaires d'une indemnité ou même de l'achat de l'établissement. Dans le second, ils perdront, à partir de la date fixée, tout droit à l'indemnité gouvernementale; ils seront en outre soumis aux mêmes règles que les pensionnats publics et aménagés sur le même modèle. Ils s'imposeront dès lors à la confiance générale.

L'honorable président fait ensuite la critique de la procédure d'admission. Il s'élève contre cette disposition légale qui exige que les médecins se livrent à un examen séparé du malade et voudrait qu'en matière d'aliénation mentale, deux experts pussent se communiquer leurs observations, comme dans une consultation ordinaire. Il regrette pour certaines familles la rigueur des formalités d'admission et les approuve de s'y dérober, en traitant les malades à domicile, dans certaines conditions spéciales, sous le contrôle des inspecteurs de l'aliénation mentale. Il fait ensuite un éloge mérité de ces fonctionnaires et voudrait qu'ils fussent tenus de s'aboucher à certaines époques avec les directeurs et les commissions d'asiles. L'importance du corps des inspecteurs sera prochainement accrue, leur nombre sera augmenté, ils auront un président payé et le service des aliénés formera un département d'Etat. Pour les malades chroniques, la surveillance des visiteurs de la chancellerie est un moyen suffisant de contrôle. Tous ceux qui donnent des soins à des aliénés privés savent combien il est désirable de pourvoir à leurs intérêts après leur admission. Il serait bon qu'un curateur pût être désigné par le juge du comté pour

s'occuper des affaires du malade pendant toute la durée de son séjour à l'asile.

Ce discours contient encore quelques considérations pratiques sur les aliénés convalescents ou susceptibles de vivre ailleurs qu'à l'asile, dans certaines conditions particulières. Notre confrère voudrait que les aliénés pussent voyager dans tout le Royaume-Uni par autorisation spéciale, et que leur réintégration n'exigeât pas la production d'un nouveau certificat. Il pense que les malades pourraient être traités avec l'assentiment des inspecteurs dans des maisons éloignées de l'asile, sur le bord de la mer ou ailleurs. Ce mode d'assistance est pratiqué d'ailleurs, depuis longtemps, par plusieurs directeurs d'asiles. Des cottages sont affermés par eux à une certaine distance, ils servent à loger les aliénés chroniques et des convalescents, qui se trouvent très bien de ce nouveau régime qui contraste avec celui de l'asile. Ce système aurait encore l'avantage de faciliter la séparation des pensionnaires et des aliénés pauvres, qui n'est encore pratiquée en Angleterre que dans un seul asile, à Bodmin (Comté de Cornouailles). En Écosse, cette séparation existe dans plusieurs établissements (Crichton, Glascow, Morningside).

Enfin, l'orateur conseille l'organisation du traitement des malades à domicile, avec le concours du personnel même des asiles, et il formule même quelques vœux touchant la valeur du certificat médical, l'autorité du médecin en ce qui concerne la séquestration du malade, et les pensions de retraite des employés.

16° *L'aliénation mentale dans la Guyane anglaise; par le Dr Grieve, directeur-médecin de l'asile public de Berbice (Guyane anglaise).*

Note courte, mais intéressante, qui a été lue à la séance trimestrielle du 24 mars, à Glascow, et qui fournit des renseignements sur la distribution des aliénés dans cette colonie, et sur les diverses formes de folie qu'on y observe. La population de la Guyane anglaise se divise en deux grandes classes : les créoles et les immigrants (les Indiens ne sont pas compris dans cette statistique). En 1871, il y avait, sur une population totale de 248,909 habitants, 103,775 créoles et 115,134 immigrants. C'est parmi ces derniers que l'aliénation mentale s'est montrée la plus fréquente. On l'a observée, en effet, dans une proportion de 1,60 pour 1,000, tandis que chez les créoles

cette proportion n'a été que de 0, 95. La classe des créoles se compose de quelques blancs et d'un nombre considérable d'individus de couleur, descendants de l'ancienne population esclave ; les immigrants comprennent les hommes de couleur provenant de l'Inde occidentale, les nègres africains, les coolies, les Chinois, les Portugais de Madère et du Cap-Vert, et un nombre très faible d'Européens. Ces diverses catégories d'individus sont inégalement frappés par la folie. Les Africains fournissent la proportion la plus forte d'aliénés, 3, 18 pour 1,000. Cette observation paraît contraire à l'idée généralement admise que la civilisation est le facteur principal de l'aliénation mentale. Il y a quelques remarques curieuses à faire sur les diverses formes de folie signalées dans ce travail. L'épilepsie est très commune chez les Chinois (8 sur 10), et la manie chez les nègres. On a noté chez ces derniers l'absence totale de tendances suicides, qui sont au contraire communes chez les immigrants de la Chine et les coolies. Chez tous ces malades, les tendances homicides et en général dangereuses, sont rares. La forme mentale la plus ordinaire chez les coolies est une mélancolie tranquille et douce ; ils ont aussi de courts accès de manie, mais ils sont alors faciles à maîtriser. Les nègres ont une forme d'agitation plus incommode ; on a constaté quelquefois chez eux un symptôme bizarre : c'est une tendance irrésistible à se cacher, en dépit de toutes les résistances qu'on leur oppose. La paralysie générale est presque inconnue à la Guyane. M. Grieve fait en terminant une remarque qui a son importance au point de vue anthropologique. Les nègres d'Afrique ont l'hémisphère droit plus lourd que le gauche. Cette anomalie pourrait faire supposer que les nègres sont en général gauchers. Il n'en est rien, mais notre confrère se demande si cette disposition ne rendrait pas compte du langage primitif et simple de ces individus.

17° *Du meilleur procédé de tabulation des guérisons dans les rapports d'asiles ; par le Dr Hack Tuke.*

Dans ce travail qu'il a lu à la section de psychologie de l'Association médicale anglaise, M. Hack Tuke critique la forme donnée actuellement aux statistiques des asiles d'aliénés, et il établit qu'elle conduit à des résultats contraires à la vérité, le chiffre des guérisons s'y trouvant toujours exagéré. L'erreur commise provient de ce que dans l'évaluation des guérisons, sont compris des malades qui ont guéri plusieurs fois, et sont

comptés comme plusieurs personnes. Or, la différence entre les nombre de cas de guérison et celui des personnes guéries est plus considérable qu'on ne croit. On en jugera par l'exemple suivant : de 1869 à 1878 il y a eu à Bethlem 2,241 admissions et 1,077 guérisons. Ce dernier nombre, qui est celui de la statistique officielle, correspond seulement à 962 malades guéris ; l'un d'eux est sorti, et est rentré dix fois pendant cette période. Le nombre des personnes admises a été de 2,094. En adoptant le système qui consiste à inscrire les proportions pour cent, on trouve aussi un écart considérable, suivant qu'on note les guérisons des attaques et celles de personnes. Dans le premier cas, la proportion pour cent est de 48,05 ; dans le second elle est seulement de 45,94. On constate néanmoins que ce dernier procédé montre une différence moins sensible, et cela tient à ce que le chiffre des guérisons répétées est balancé, jusqu'à un certain point, par celui des réadmissions.

Notre distingué confrère propose de rectifier les statistiques des asiles, par un nouveau système d'inscription. Le tableau des admissions devra mentionner le nombre de fois que chaque malade a été admis à l'asile. Sur celui des guérisons devront être indiqués : 1° le nombre des personnes guéries ; 2° les malades qui ont rechuté ou non ; 3° parmi les premiers, ceux qui étaient guéris à la date du rapport.

M. Tuke admet qu'on doit tenir compte des guérisons répétées, mais il est nécessaire de les noter à part et de ne pas leur donner l'importance de véritables cures. Il raconte à ce sujet une anecdote assez curieuse, que nous reproduisons à cette place. Le célèbre Dr Willis, médecin de Georges III, appelé en témoignage en 1789 devant la commission de la Chambre des communes, étonnait les honorables membres par le nombre de cures qu'il disait avoir obtenues. Quelqu'un lui demanda si les guérisons qui s'étaient produites à plusieurs reprises chez la même personne, étaient comprises dans cette évaluation, et il répondit : « Si un homme a été confié deux fois à mes soins, et « s'il a guéri deux fois, je compte deux cures, comme s'il s'a- « gissait d'une fièvre. » Tel n'est pas, on le voit, le sentiment du Dr Tuke à ce sujet.

NOTES ET CAS CLINIQUES.

Hypnotisme spontané ; par M. Sidney-Coupland. — L'observation rapportée dans ce chapitre avec un certain luxe de détails

est celle d'un enfant de douze ans, d'un tempérament nerveux, et appartenant à une famille où le nervosisme prédomine.

A la suite d'un voyage à Londres, pendant lequel son imagination a été vivement surexcitée, cet enfant présente des accès de somnambulisme, séparés par des intervalles lucides. Cet état, qui se complique d'un léger mouvement fébrile, a duré du mois d'août au mois d'octobre. Les crises étaient précédées et suivies d'une période très courte de sommeil normal. Le jeune malade était, pendant leur durée, sous l'influence d'un rêve, pendant lequel il se livrait à des actes automatiques. Il paraissait se trouver en compagnie de l'un de ses camarades de jeu, qu'il appelait fréquemment. La sensibilité spéciale, notamment le sens de l'ouïe, était hypéresthésiée au début et émoussée à la fin de l'accès, au cours duquel le malade écrivait et dessinait les yeux fermes (*sic*), avec une sûreté merveilleuse. Enfin, l'intervalle des crises était marqué par un embarras notable de la parole.

Cas d'hystérie avec paralysie traité par la métallothérapie ; par M. Franz Muller traduit par M. William Samuel Tuke.

Si la plupart des expériences de métallothérapie étaient aussi heureuses que celles que vient de publier le second médecin de l'hôpital de Graz, l'application des métaux chez les hystériques mériterait de prendre définitivement rang à côté des procédés thérapeutiques qui s'imposent. La première observation, notamment, est absolument concluante, aussi bien par la nature du cas morbide qui a été guéri, que par les expériences nombreuses et variées auxquelles il a donné lieu. Le sujet est une jeune fille hystérique, présentant des attaques convulsives, une hémiplégie permanente, et une paralysie de la sensibilité générale et spéciale limitée à un côté du corps. Cette malade s'est montrée sensible à l'application de l'étain au moyen duquel on a pu provoquer des phénomènes de transfert. Le chlorure d'étain a été donné à l'intérieur. Plus tard, le traitement a été complété par l'emploi de l'aimant et des courants électriques. Des épreuves comparatives faites avec d'autres métaux, la malade ayant les yeux bandés, ont permis de contrôler cette cure. Une autre hystérique traitée avec succès dans le même service, était atteinte de paraplégie. Elle s'est bien trouvée de l'application de plaques de cuivre, faite successivement au-dessus de chaque genou. Le retour du mouvement et de

la sensibilité a eu lieu progressivement sans production de transfert. Huit jours de traitement ont suffi pour obtenir la guérison.

Cas de constipation opiniâtre et d'inertie du foie; par M. F. Wilton.

Il s'agit d'une mélancolique, âgée de soixante-huit ans, qui souffrait d'une constipation habituelle. Les selles s'étant suspendues pendant plusieurs jours, divers moyens ont été employés parmi lesquels il convient de citer des lavements de savon et d'eau chaude, d'huile de ricin et de térébenthine, d'huile d'olive, l'introduction d'une éponge dans le rectum, de s purgation avec l'aloès, l'huile de croton; l'injection par le rectum, au moyen d'un tube élastique introduit profondément, d'eau chaude et d'e solutions purgatives, et enfin l'emploi de la podophylline, qui a donné chez cette malade d'excellents résultats. Les premières évacuations obtenues étaient complètement incolores et les selles ont repris leur couleur normale sous l'action de ce dernier médicament.

Aliénation mentale associée avec l'atrophie des reins; par M. Savage.

La malade présentait à l'asile les signes de la démence. Les causes présumées de la maladie étaient un coup violent sur le côté droit de la tête et une vive frayeur quelques années auparavant.

Peu de temps avant son admission, elle a eu une attaque qui lui a laissé une parésie du côté gauche. Elle se plaint de douleurs à la tête, et présente des accidents de névrite optique avec prédominance des lésions oculaires du côté droit. L'examen des urines a fait découvrir une grande quantité d'albumine. Cette femme a succombé à une attaque épileptiforme (convulsions généralisées, tête inclinée à droite, écume à la bouche, respiration de Cheyne-Stokes ; mort huit heures après le début de l'attaque). A l'autopsie, les ventricules latéraux qui contiennent un liquide séreux, sont énormément dilatés et peuvent loger une orange, deux petits foyers hémorrhagiques existent dans la partie médiane et antérieure de la protubérance; d'autre part, les deux reins sont le siège d'une altération ancienne, et leur substance corticale a subi une destruction avancée.

L'aliénation mentale reconnaissait-elle pour cause l'affection rénale ou l'hydropisie des ventricules? De quelle nature était cette hydropisie? Quelle a été la lésion initiale? Ce sont autant de questions posées par le savant médecin de l'asile de Bethlem, et auxquelles il ne paraît pas aisé de répondre.

Note sur un cas à propos duquel est soulevée la question de la responsabilité des criminels ; par M. Mackensie Bacon.

Un pauvre diable, entaché d'hérédité, a été traité à deux reprises dans un asile d'aliénés. Après sa seconde sortie, il fait un héritage et en est presiement dépouillé par des individus qui abusent de sa faiblesse d'esprit. Réduit à une condition misérable, il finit par commettre un mince délit qui le fait comparaître aux assises. Là, malgré un certificat médical, qui le déclare irresponsable, il trouve un juge pour le condamner à six mois de prison, avec cette réserve étrange qu'il sera plus tard transféré dans un asile, s'il devient aliéné. Le malheureux subit sa peine jusqu'au bout, mais sa santé physique s'altère grandement. A sa sortie de prison il est recueilli par sa sœur, mais ne reste qu'une semaine près d'elle. Un accès de manie le ramène pour la troisième fois à l'asile où il a succombé à une pneumonie, vingt-quatre heures après son entrée. Telle est l'histoire dont le triste dénouement a provoqué de la part du « deputy-coroner » une enquête à l'asile de Fulbourn. Le jury a déclaré que la mort de l'aliéné a été le résultat de causes naturelles.

Chorée à une période avancée de la vie ; par le même.

La malade est âgée de cinquante-huit ans. Elle est dans un état maniaque et choréique depuis six mois. Trois ans après son admission, elle s'affaiblit et elle meurt. A l'autopsie on constate l'existence d'une arachnitis chronique. Le cerveau est ratatiné, et les ventricules sont dilatés par un liquide séreux.

Cas d'épilepsie terminé par apoplexie et compliqué de kystes hémorrhagiques, entourant le rein gauche; M. le Dr Worthington.

La mort par hémorrhagie cérébrale est rare chez les épileptiques. Dans cette observation, l'hémorrhagie qui s'est faite dans le ventricule a été consécutive au ramollissement du corps strié. Les kystes circumrénaux sont une lésion concomitante, qui ne paraît pas se rattacher à l'affection cérébrale.

Cas de tumeurs chez des aliénés ; par M. Thomas Lyle.

Le sujet de la première observation est un homme de quarante ans. Quelques mois avant son entrée, il a éprouvé une vive émotion, ayant été retiré de l'eau à moitié noyé. Cet accident a été suivi d'une paralysie passagère du bras et de la jambe

gauches. A l'asile, il présente les symptômes de la paralysie générale progressive : tremblement musculaire, embarras de la parole, démence maniaque avec délire des grandeurs et optimisme. Il se plaint de douleurs vives dans la tête. Pendant son séjour, il a eu une attaque qui lui a laissé une hémiplégie gauche et a succombé plus tard dans le marasme. L'autopsie a fait découvrir, avec des adhérences de la dure-mère au crâne, une tumeur grisâtre, du volume d'une orange, de forme inégale, occupant la plus grande partie du lobe antérieur droit, et se prolongeant en arrière sur une étendue de trois pouces.

L'autre cas est indiqué dans le registre mortuaire de l'asile par une courte note. Le malade est un épileptique inconscient qui a vécu quelques jours à l'asile dans un état d'hébétude. Il ne pouvait se déplacer, mais on a pu s'assurer qu'il avait le côté droit plus faible que le gauche. Il n'a eu qu'une seule attaque, la veille de sa mort.

L'ouverture du crâne a fait voir l'existence d'une masse fibreuse, irrégulière, du poids de cinq onces et demie, reposant sur le cerveau, occupant la partie supérieure de l'hémisphère gauche, près de la scissure longitudinale et sous la suture coronale.

Lettre auto-biographique d'un malade; par M. Savage.

Les notes du trimestre d'avril s'occupent de la situation qui est faite aux propriétaires d'asiles privés par la nouvelle législation. Le spirituel chroniqueur commente le discours prononcé sur ce sujet par M. Bucknill à la séance de l'association médicale anglaise. Le même chapitre contient le texte du bill Dilwyn dont les principales dispositions sont connues de nos lecteurs. Cette loi, qui place les asiles privés et les maisons autorisées sous la juridiction des juges et augmente le nombre et les attributions des inspecteurs, n'est pas favorable aux intérêts des propriétaires d'asiles.

Le chapitre de juillet est presque exclusivement consacré à la relation d'une affaire médico-légale. Ce rapport intéressant qui a pour auteur M. Charles Folson, professeur d'hygiène et de maladies mentales à l'Université d'Haward, est tiré du journal de médecine et de chirurgie de Boston. Il a pour titre : Cas extraordinaire de folie homicide avec hallucinations de l'ouïe et des autres sens, fanatisme religieux et meurtre d'enfant, la mère étant partie consentante.

Dans le numéro d'octobre, notre confrère revient sur la

critique détaillée de la loi nouvelle à laquelle il reproche d'être vexatoire pour les propriétaires d'asiles privés, sans leur donner aucune compensation.

La revue contient l'analyse des travaux suivants : *Relation de l'esprit avec le cerveau*, par Henry Caldervood, professeur de morale à l'uuiversité d'Edimbourg.—*La syphilis du cerveau*, par M. Alfred Fournier. — *Manuel et atlas d'ophthalmoscopie*, par M. Gowers. — *L'esprit chez les animaux inférieurs*, par M. Lauder Lindsay. — *Des soins à donner aux aliénés et leur contrôle légal*, par M. John Charles Bucknill. — *Des homicides commis par les aliénés*, par le Dr Blanche. — *Revues française et allemande. Paralysie générale des aliénés*, par M. Jules William Mickle. — *Rapport de l'inspecteur général des aliénés pour la colonie de la Nouvelle-Galles du Sud.* Année 1879.—*Congrès international de médecine mentale tenu à Paris du 5 au 10 août* 1878. — *Comptes rendus sténographiés*, Paris 1880.

Séance trimestrielle du 25 février 1880 à Londres ; présidence de M. Mould. — Présentation d'oreillers pour les épileptiques par le Dr Savage. — Lecture d'un mémoire du Dr H. Tuke *sur l'expertise aliéniste et la responsabilité des criminels*, et d'une note du Dr Reyner sur *l'aliénation mentale de cause saturnine.*

Séance trimestrielle du 11 novembre 1879, à Edimbourg ; présidence du Dr Janneson. — Mémoire du Dr Ireland sur *les idiots gauchers ;* discussion sur *l'hystéro-catalepsie*, à propos d'une visite du Dr Yellowlees à la Salpêtrière.

Séance trimestrielle du 24 mars 1880 à Glascow ; Dr Grierson, président. — Discussion sur *l'encombrement des asiles de pauvres* et sur *les remèdes à y apporter* ; motion du Dr Maclaren en faveur de l'agrandissement pur et simple des asiles existants.

Lecture d'un travail du Dr Ireland sur *l'asile annexe des femmes imbéciles,* à Newark et d'une note du Dr Grieve sur *l'aliénation mentale dans la Guyane anglaise.*

Assemblée générale annuelle tenue à Londres le 30 juillet, au Royal-Collège sous la présidence de M. G. W. Mould. — La séance du matin a été consacrée à la constitution du bureau, à l'élection de nouveaux membres et aux questions administratives. Le Dr Hack Tuke a été élu président pour l'année nouvelle. Au nombre des nouveaux membres honoraires, nous trouvons avec plaisir les noms du Dr Motet et du professeur Ball, de Paris. La séance du soir a été remplie par le discours

du président dont on a pu lire plus haut une analyse sommaire, et qui a provoqué une discussion des plus fructueuses sur le traitement des aliénés privés et la procédure d'admission. Ce dernier sujet a été ensuite repris par le Dr Boyd qui a lu une note intéressante, dans laquelle il insiste sur la nécessité de procéder plus rapidement à la séquestration de certains malades et de changer la juridiction des work-houses.

A la réunion de l'association médicale anglaise qui a eu lieu le 21 janvier à l'hôpital royal de Bethlem, le Dr Bucknill a prononcé un discours qui a fait une certaine sensation et qui a été reproduit par le *Standard,* dans lequel il demande la suppression des asiles privés. Ce discours a été suivi d'une discussion sur la législation projetée.

Dans la séance du 4 février, le sujet a été heureusement résumé par M. Balfour et plusieurs orateurs distingués ont fait connaître leur sentiment sur cette question délicate.

Le même chapitre contient un article instructif de M. Wilkinson, esquire, sur *l'assistance actuelle des imbéciles et la législation qui les régit en Angleterre*; la relation curieuse d'*un cas d'hallucination de la vue* chez un homme sain d'esprit, rapporté par le journal l'*Athénæum* (numéro du 17 janvier); une note sur l'assistance des aliénés dans la Nouvelle-Zélande, et enfin, dans le numéro d'octobre, le compte rendu des travaux de la section de psychologie à l'assemblée annuelle de l'association médicale anglaise. Nous donnons la liste des travaux qui ont été lus et discutés : *Cas de folie alcoolique dans la pratique privée*, M. Sutherland ; *Discussion sur l'influence de l'alcool dans la production de l'aliénation mentale*, Dr Bacon ; l'intempérance des parents comme cause prédisposante d'imbécillité chez les enfants, Dr Fletcher Beach.

Séance du 12 août. — *Quelques cas d'ischémie fonctionnelle du cerveau*, professeur Ball, de Paris ; *Décoloration de la peau chez les aliénés ressemblant à des contusions*, Dr Blandford : *Mort rapide par hémorrhagie dans le pont de Varole*, Dr Julius Mickle

Séance du 13 août — *Sur le meilleur procédé de tabulation des guérisons dans les rapports d'asiles*, Dr Hack Tuke; *Des sous-variétés de la nevrosthénie*, Dr Beard de New-York ; *Cas de manie épileptique menstruelle traité par l'ovariotomie*, Dr Lawson Tait ; *Cas d'apoplexie multiple simulant la paralysie générale chez une femme*, Dr Savage ; *Sur la nécessité d'une école de psychologie médicale à Londres*, Dr Crichton Browne; *L'hospitalisation des aliénés dans les work-houses*, Dr Dolan.

Ce magnifique programme a été complété par un important discours du professeur Preyer *sur le sommeil et l'hypnotisme*. M. Hack Tuke fait judicieusement la remarque que cette question avait excité autrefois les défiances de la savante corporation qui avait refusé d'entendre le Dr Braid ; le discours de M. Preyer a été l'objet d'une discussion intéressante à laquelle ont pris part un grand nombre de savants : Les Drr Brown-Sequard, Braid fils, Bowditch, Glaister, Beard de New-York, Gangee, Harvey, Langley, Norris, Gerald Yee, et Hack Tuke.

Brain.

(Année 1881. — Numéro d'Avril)

L'opinion du feu « Lord Chief Justice » d'Angleterre sur la folie; par John Charles Bucknill.

Il serait difficile au lecteur français, d'ordinaire peu familier avec la procédure et la législation anglaises, d'apprécier les services que le feu « Lord Chief Justice » d'Angleterre, sir Alexandre Cockburn, a rendus, et surtout a essayé de rendre à la médecine légale des aliénés. M. Bucknill fait d'ailleurs, dans ce travail, de fréquentes allusions à des procès civils ou criminels qui sont restés classiques, au point de vue médico-légal en Angleterre, mais que l'on ne connaît guère de ce côté-ci du détroit, et qui demanderaient de longues explications. Il est toutefois deux points sur lesquels nous devons insister, et sur lesquels le feu « Lord Chief Justice » s'est efforcé de faire prévaloir une opinion très judicieuse et très saine. En effet, sir Alexandre Cockburn s'est attaché à faire admettre par les magistrats que la folie est une maladie comme une autre, un état pathologique de l'organisme, et qu'à ce titre, c'est à ceux-là seuls qui ont fait de cet état pathologique l'objet constant de leurs études, c'est-à-dire aux médécins, qu'il appartient de se prononcer sur sa nature et sur son existence. En second lieu, il a tenté, en mainte circonstance, de démontrer que la parfaite connaissance de la nature bonne ou mauvaise d'une action ne suffit pas à rendre responsable de cette action, et que l'irresponsabilité peut être admise lorsque par suite de son état mental l'auteur d'un acte criminel, bien qu'il se rende compte de

la criminalité de l'acte, ne possède plus assez d'empire sur lui-même pour pouvoir à son gré le commettre ou s'abstenir. En employant à vulgariser ces deux principes la haute autorité qui s'attachait à sa charge et à son caractère, sir Alexandre Cockburn a certainement bien mérité de la science et de la justice.

Sur le diagnostic différentiel des paralysies; par Byron Bramwell.

M. Byron Bramwell, dont la compétence en matière de pathologie médullaire est bien connue, nous donne sous ce titre une étude à la fois très concise et très complète, que notre seul regret est de ne pouvoir reproduire *in-extenso*. Partant de ce principe incontestable que la paralysie n'est pas une maladie, mais un symptôme dont il faut rechercher les causes, l'auteur pense que l'enquête clinique doit avoir pour but de déterminer successivement les trois points suivants : 1° La paralysie est-elle réelle? 2° Si elle est réelle, est-elle fonctionnelle ou organique? 3° Si elle est organique, quels sont le siège, l'étendue et les caractères pathologiques de la lésion.

Sur le premier point, l'auteur rappelle qu'il y a deux sortes de paralysies non réelles, ce sont celles qui sont simulées par le malade, dont il faut démasquer l'imposture, et celles qui sont simulées par les symptômes ; la bonne foi du malade dans ce dernier cas est absolue. M. Bramwell indique soigneusement les ressources dont dispose, dans ces deux cas, le diagnostic différentiel.

La paralysie, reconnue réelle, peut être fonctionnelle, et alors elle est le plus souvent temporaire. Dans le groupe des paralysies fonctionnelles, l'auteur range la paralysie hystérique, la paralysie épileptique, la paralysie imaginaire (décrite par Russell Reynolds, et où les malades se croient de très bonne foi paralytiques), les paralysies palustres, et enfin les paralysies réflexes, dont l'existence, pour être rare, n'en est pas moins indiscutable. A propos de chacune de ces variétés, l'auteur indique les signes positifs ou négatifs qui peuvent aider à les reconnaître.

Enfin, si la paralysie est reconnue organique, il convient de chercher à déterminer le siège et l'étendue de la lésion (diagnostic anatomique) ainsi que la nature de cette lésion (diagnostic pathologique). On recherchera d'abord si la paralysie est périodique, spinale ou cérébrale, et le premier point éclairci, on essaiera de localiser plus étroitement encore la lésion ; on

parviendra d'ordinaire à un diagnostic anatomique exact en tenant compte : 1° de la distribution de la paralysie; 2° de l'état des muscles paralysés (surtout de l'atrophie rapide et de la réaction de dégénérescence); 3° de l'état des réflexes superficiels et profonds; 4° de l'état de la sensibilité; 5° des symptômes nerveux associés à la paralysie; 6° de certaines causes évidentes, telles qu'un traumatisme du crâne, une lésion des troncs nerveux, etc.

Sur la cause des mouvements de la respiration ordinaire; ces mouvements sont-ils réflexes? par Austin Flint junior.

Une série de recherches expérimentales, très ingénieuses et très bien conduites, a permis à l'auteur de formuler les conclusions suivantes : 1° Le sens respiratoire, le besoin de respirer, la sensation du besoin d'air, ou le stimulus qui donne lieu aux efforts respiratoires, est dû purement et simplement à un défaut d'oxygène dans la moelle allongée, laquelle constitue l'unique centre nerveux respiratoire. 2° Lorsque la respiration est parfaitement tranquille et uniforme, lorsqu'elle n'est aucunement troublée, les actes réguliers et successifs de l'inspiration peuvent se continuer sous la dépendance de stimulations successives prenant naissance *de novo* dans la moelle allongée. Les mouvements respiratoires ainsi produits ne sont pas réflexes. 3° La fréquence et l'étendue des mouvements inspiratoires normaux sont réglées et accommodées aux besoins physiologiques de l'organisme au moyen d'actions réflexes, lesquelles agissent par l'intermédiaire des pneumogastriques.

Sur quelques points du diagnostic et du traitement des affections cérébrales; par Julius Althaus.

La première partie de ce mémoire, qui est aussi la plus longue, est consacrée au diagnostic des maladies du cerveau. L'auteur paraît s'être surtout proposé de rassembler les cas, où des lésions étendues de certaines régions importantes de l'encéphale n'ont donné lieu pendant la vie qu'à des symptômes insignifiants ou même nuls; il y a joint les cas inverses, c'est-à-dire ceux dans lesquels un ensemble symptomatique grave ne s'accompagnait, au moins en apparence, d'aucune lésion importante ou étendue. Nous n'insisterons pas davantage sur cette première partie, dans laquelle l'auteur a déployé plus d'érudition que d'originalité.

En ce qui touche la thérapeutique, M. Althaus insiste parti-

culièrement sur deux points : 1° sur l'utilité d'essayer le traitement antisyphilitique dans les cas de tumeur du cerveau, alors même que l'origine syphilitique de ces tumeurs ne peut pas être démontrée ; 2° sur les avantages de l'action catalytique du courant voltaïque constant dans le traitement de certains processus de destruction ou d'irritation.

Le premier de ces deux conseils est assurément excellent; il est aussi un peu banal; la médication antisyphilitique, qui est au moins exploratrice quand elle n'est pas curative, est habituellement la première à laquelle on a recours quand on a diagnostiqué ou suspecté l'existence d'une tumeur cérébrale, et l'on n'a guère coutume, en pareil cas, de tenir compte des dénégations du malade.

Nous insisterons un peu plus longtemps sur le deuxième point, où M. Althaus traite de l'utilité des courants constants; l'auteur conseille de les diriger sur le point du cerveau qui paraît être le siège de la maladie, en se conformant pour cela aux données de la pathologie et à la topographie physiologique de l'écorce cérébrale, telle que l'a décrite Ferrier. Il rapporte plusieurs cas dans lesquels ce mode de traitement lui a réussi ces cas sont au nombre de cinq : un cas de diabète insipide guéri par la galvanisation de la partie postérieure de la tête (l'auteur ne sait pas si cette guérison s'est maintenue); — un cas de mélancolie, dans lequel la galvanisation des lobes occipitaux a déterminé une amélioration notable, — un cas d'hallucinations de l'ouïe chez un épileptique, guéri par la galvanisation des circonvolutions temporo-sphénoïdales; — un cas d'hémorrhagie du corps strié, sensiblement amélioré ; — enfin un cas de ramollissement de l'hémisphère gauche par embolie de la cérébrale moyenne; ici encore, bien que la lésion remontât à dix ans, une amélioration fut obtenue.

L'auteur estime avec raison qu'il faut un plus grand nombre de cas, et surtout des autopsies pour se rendre compte du mode d'action des courants constants et du rôle qu'ils jouent dans la détermination du processus curatif. Le seul point sur lequel il insiste actuellement d'une façon formelle, c'est la nécessité d'une intervention aussi précoce que possible, afin de ne pas laisser à la sclérose secondaire le temps de s'établir.

Observations sur quelques illusions optiques du mouvement; par Charles S. W. Cobbold.

Ce travail est en quelque sorte une réponse à un mémoire

que M. Silvanus Thompson a publié dans le numéro d'octobre 1880 du « Brain » et dont nous avons rendu compte à sa date (Voy. *Annales méd.-psychol.* 6e série, t. VI, p. 501). Tout en reconnaissant que la loi du mouvement complémentaire subjectif, telle que l'a formulée M. Thompson, rend parfaitement compte de plusieurs illusions optiques, l'auteur en signale quelques autres que cette loi est impuissante à expliquer, et pour lesquelles il propose une interprétation différente.

Des méthodes de préparation, de démonstration et d'examen du tissu cérébral à l'état sain et à l'état pathologique ; par Bevan Lewis.

Cet important travail n'est pas encore achevé.

NUMÉRO DE JUILLET .

Sur l'insommie et quelques autres troubles se rattachant au sommeil chez les sujets à disposition goutteuse; par Dyce Duckworth.

Dans ce court travail, l'auteur attire l'attention sur quelques troubles du sommeil, qui seraient, suivant lui, propres aux goutteux. En première ligne figure l'insommie, qui succéderait généralement à l'ingestion de certains aliments mal supportés; en seconde ligne figurent les sursauts et les cris pendant le sommeil; enfin, on verrait assez souvent se produire le grincement de dents, que Graves a le premier signalé, que Garrod n'a jamais rencontré, mais dont l'auteur a observé quelques exemples. M. Dyce Duckworth fait remarquer que ces divers troubles du sommeil ne se rencontrent pas seulement dans la goutte confirmée, mais aussi chez les goutteux en puissance, ou chez les sujets qui, sans avoir jamais eu d'accès de goutte, sont sujets à quelques-unes des incommodités qui caractérisent la diathèse goutteuse. Il incline à penser que ces troubles sont dus à l'irritation du tissu nerveux par l'acide urique que le sang charrie en excès; il ajoute qu'en pareil cas, les hypnotiques ne rendent que peu ou point de services, et que le traitement de la diathèse se montre seul utile.

Sur un genre particulier de trouble sensoriel, l'allochirie ; par H. Obersteiner.

Le trouble sensoriel sur lequel l'auteur se propose d'attirer l'attention peut être brièvement décrit de la façon suivante :

le malade, dont la sensibilité est plus ou moins complètement conservée, demeure néanmoins dans l'incertitude relativement au côté de son corps qui a été touché; souvent même, sinon constamment, il se trompe absolument à cet égard. M. Obersteiner propose de donner à ce phénomène le nom d' « *allochirie sensorielle* » ou, plus brièvement, celui d' « allochirie » confusion des côtés (de ἄλλος et χειρ). Ce symptôme a été mentionné en passant par quelques auteurs, notamment par G. Fischer, par Hertzberg et par Leyden; mais il n'a jamais été décrit ni étudié d'une façon spéciale; il est d'ailleurs fort aisé à constater, et s'il n'a pas été signalé plus souvent, c'est que probablement les observateurs, non prévenus, auront cru à un *lapsus linguæ* du malade plutôt qu'à une erreur de localisation.

L'auteur a observé l'allochirie dans quatre cas que nous résumerons très brièvement, nous bornant presque à en donner le diagnostic :—1er cas: homme de trente-cinq ans, ayant eu la syphilis; sclérose lentement progressive des cordons postérieurs; — 2e cas : coup violent sur le dos; paraplégie; myélite par compression; — 3e cas : sclérose des cordons postérieurs; forme commune (ici l'allochirie n'était pas constante; elle existait lorsqu'on touchait le pied avec la tête d'une épingle, ou bien lentement avec la pointe ; au contraire, appuyait-on vivement et fortement la pointe, le malade ne commettait pas d'erreur). — 4e cas : fille de douze ans et demi; phénomènes hystériques.

L'auteur n'a pas eu jusqu'ici l'occasion de faire des autopsies assez fréquentes pour éclairer la pathologie de ce symptôme. Seule, l'autopsie du cas n° 2 a été pratiquée avec le plus grand soin; mais elle n'a fourni aucune indication précise : on a constaté une désorganisation étendue de la partie inférieure de la moelle; mais comme il s'agissait d'une myélite transverse, le cas n'était pas favorable pour déterminer nettement le trajet des impressions sensorielles dans les divers points de la moelle. La sclérose complète des colonnes postérieures tout entières, dans une étendue assez grande au-dessus de la lésion principale, confirme une fois de plus l'exactitude de l'opinion de Woroschiloff, de N. Weiss, etc., à savoir : que la conduction centripète peut s'effectuer dans la moelle sans le concours des colonnes postérieures. Rien toutefois ne nous éclaire sur la question de savoir si le pouvoir localisateur est ou non affecté par la destruction des colonnes postérieures ou colonnes de Goll. De nouvelles recherches sont nécessaires pour déterminer

dans quelle mesure l'allochirie se rattache à la sclérose de ces colonnes.

L'allochirie est-elle un phénomène tout à fait exceptionnel, soit à l'état physiologique, soit à l'état pathologique? L'expérience nous démontre que les relations sensorielles et motrices des deux côtés du corps ne sont pas aussi indépendantes qu'on l'a supposé. Nous constatons même des phénomènes qui indiqueraient plutôt un rapport étroit entre les régions symétriques des deux côtés. Les recherches qui ont été faites sur le transfert de la sensibilité sont fort instructives à cet égard : les régions correspondantes sont la plupart du temps antagonistes; c'est ainsi qu'à une hyperesthésie d'un côté on voit correspondre une diminution de la sensibilité dans la région symétrique du côté opposé : c'est ce que l'on constate dans l'hystérie, à laquelle l'allochirie est probablement quelquefois associée. Toutefois les phénomènes observés ne relèvent pas toujours de l'antagonisme, et Dumontpallier a montré qu'une pulvérisation d'éther pratiquée sur le bras gauche avait déterminé au bras droit une anesthésie suffisante pour que l'ouverture d'un abcès ne fût aucunement douloureuse.

M. Obersteiner ne pense pas que l'allochirie doive être considérée comme le signe d'une altération très profonde de la sensibilité; il l'envisagerait plutôt comme un symptôme complètement distinct; et, à l'appui de cette manière de voir, il rappelle que, dans beaucoup d'affections des centres nerveux, l'allochirie n'existe pas, bien qu'il existe une anesthésie très accusée.

Enfin, les faits cliniques d'allochirie ne sont pas dénués de toute portée physiologique; ils montrent l'existence de connexions intimes au point de vue des relations sensorielles, entre des régions correspondantes du corps; ils montrent aussi que les trajets sensoriels ne sont pas toujours et quand même exactement délimités dans la moelle, et que, dans certaines conditions, l'impulsion sensorielle peut abandonner la voie accoutumée pour aller chercher une autre route du côté opposé.

Les symptômes cardiaques de la chorée; par Octavius Sturges.

Nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter à M. Sturges lui-même le résumé de cet important et consciencieux mémoire, dont on ne saurait trop conseiller la lecture à tous ceux qui s'intéressent spécialement soit aux maladies du système

nerveux, soit aux maladies des enfants. Voici les conclusions de l'auteur :

« En terminant, je vais récapituler brièvement les faits que je me suis proposé d'établir dans ce travail, ainsi que l'hypothèse à l'appui de laquelle ils me paraissent pouvoir être invoqués. Les faits sont les suivants : dans la chorée, le cœur tend à sympathiser avec les muscles volontaires, à tout âge, jusqu'à l'âge adulte; cette sympathie se révèle tant par le murmure dynamique que par l'accélération de l'action cardiaque, l'inégalité du rythme, et dans des cas qui ne sont pas rares, cette excitation de l'impulsion cardiaque qui est commune dans l'hystérie, la façon particulière dont le cœur est influencé restant sous la dépendance de l'âge du malade. — L'hypothèse est la suivante : ces diverses modalités de l'affection cardiaque correspondent à autant de modifications de la chorée, lesquelles se montrent non seulement dans le cœur, mais aussi dans les muscles volontaires; chacune de ces diverses régions prend conjointement, à un degré qui lui est propre et d'une façon qui lui est spéciale, sa part d'un trouble dont l'influence s'exerce dans la même étendue et sur le même territoire que l'influence des troubles émotionnels ordinaires il y a lieu de remarquer d'une façon particulière qu'au milieu de toutes ces variations, l'élément moteur est représenté surtout par l'irrégularité et l'inégalité du rythme cardiaque, l'élément émotif par l'accélération, et l'élém ent parélique par le murmure dynamique. »

Sur quelques états musculaires visibles considérés comme expression de certains états du cerveau et des centres nerveux ; par Francis Warner.

Partant de ce principe, que, sauf quelques exceptions qui relèvent soit d'une irritabilité musculaire spéciale, soit de certaines affections des muscles, les mouvements dépendent d'une stimulation neuro-musculaire ayant son origine dans les centres nerveux, l'auteur s'est livré à de délicates recherches d'analyse physiologique, dont il a consigné les résultats dans ce travail. Les études ont porté principalement sur les muscles des yeux, de la face, et sur ceux du membre supérieur, et, en particulier, de la main. Nous ne pouvons guère que signaler, comme nous venons de le faire, la direction et le sujet de ces recherches, dont l'analyse nous entraînerait trop loin. Dans la partie de ce mémoire qui a trait aux mouvements oculaires, on

peut toutefois mentionner une réflexion de l'auteur, qui ouvre aux travailleurs une intéressante voie de recherches : M. Warner constate que beaucoup d'animaux inférieurs possèdent la faculté de mouvoir chacun de leurs yeux séparément et d'une façon tout à fait indépendante, ce qui donnerait à penser que le centre de coordination des mouvements associés des deux yeux peut être considéré comme un centre « récent, » en d'autres termes, comme l'un des plus récemment formés dans l'ascendance de l'homme; l'étude des mouvements oculaires chez quelques vertébrés inférieurs pourrait fournir à cet égard des données utiles.

L'étude de la main, et particulièrement de cette attitude que l'auteur désigne sous le nom de « main nerveuse », contient des particularités intéressantes, et fait honneur à la sagacité de l'observateur.

Le chapitre consacré aux mouvements des muscles de la face ne manque pas non plus d'intérêt, mais on ne peut se défendre d'un certain étonnement, mêlé de regret, en voyant l'auteur, qui rappelle les publications de Darwin, de Bell, de Camper, de Bulwer, passer entièrement sous silence les belles et ingénieuses recherches de Duchenne (de Boulogne).

Sur une superstition électro-thérapeutique : « *la galvanisation du sympathique* ; » par A. de Watteville.

Avec une pointe d'*humour* qui ne fait qu'aiguiser l'esprit d'ailleurs très scientifique de son travail, M. de Watteville fait remarquer que beaucoup des travaux consacrés à la galvanisation du sympathique sont de nature à discréditer l'électrothérapie bien plutôt qu'à la servir. Il n'attaque point la méthode en elle-même ; bien employée, la galvanisation du sympathique a donné des résultats avantageux qu'il ne faut point méconnaître ; mais ces résultats même ont donné lieu à des interprétations par trop aventureuses, qui sortent du domaine de la saine physiologie, s'écartent des faits définitivement acquis et révèlent chez leurs auteurs plus d'imagination que de respect de la science et de la vérité ; c'est contre ces interprétations, fréquentes surtout, croyons-nous, de l'autre côté de l'Atlantique, que M. de Watteville s'élève avec juste raison, et, les prenant une à une, il montre, avec sa grande compétence en la matière, l'inanité des prétendues actions exercées par ce moyen thérapeutique sur différents systèmes ou portions de systèmes organiques. La philosophie de ce court mémoire,

c'est qu'il vaut mieux ignorer qu'imaginer ; l'auteur estime que la méthode, qui a rendu des services, ne mérite point d'être abandonnée, à la condition d'être sagement employée ; mais il réduit à leur juste valeur, et parfois « exécute » sans pitié les conceptions hasardeuses de quelques physiologistes doués d'un sens trop peu rassis et d'une imagination trop féconde.

Dr R. de Musgrave-Clay.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les maladies mentales; par M. B. Ball, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, Asselin et Cᵉ, 1883.

Les leçons sur les maladies mentales de M. le professeur Ball, complètement publiées maintenant, ont paru par fascicules successifs. Nous avons analysé le premier dans les *Annales médico-psychologiques* de l'année 1882. Ce sont les quatre derniers qui nous occupent aujourd'hui. Nous rappellerons seulement que le premier fascicule comprenait des considérations générales sur l'aliénation mentale, l'étude des hallucinations, celle de l'état physique des aliénés, les lésions anatomiques de la folie, etc.

Après avoir ainsi présenté les notions générales indispensables au début de tout traité de médecine mentale, M. Ball s'est conformé, dans ses leçons, au plan suivant: 1° description des différentes formes du délire, leur appréciation, chaque forme ne constituant pas une espèce morbide spéciale, ayant droit à une place à part, mais plutôt un syndrome pouvant se présenter à des degrés variables dans les différentes folies. « Manie, » mélancolie, démence, dit-il, ce sont là, pour nous, des termes » de pathologie générale; ils correspondent à des conditions » morbides de l'intelligence qui peuvent reconnaître les origines » les plus diverses et qui participent à l'expression symptoma » tique d'un grand nombre de maladies différentes. » — 2° Etude des causes de la folie; 3° de son diagnostic, de son pronostic et enfin de son traitement.

Toute cette première partie est la pathologie générale de l'aliénation mentale. Le reste de l'ouvrage a trait à la pathologie spéciale. On trouve d'abord une classification autant que possible étiologique, mais qu'on pourrait plus justement appeler une classification *mixte*. Puis, dans chaque classe, l'auteur choisit une espèce typique dont il donne la description. C'est ainsi qu'il consacre une série de leçons à la folie religieuse, à

la folie épileptique, à certaines folies sympathiques, toxiques et organiques, enfin à ce qu'il appelle les folies morphologiques, l'idiotie, le crétinisme. Le dernier chapitre intitulé : *L'aliéné devant la société*, renferme des considérations philosophiques et administratives plutôt que médicales. On y voit ce que les médecins ont fait pour les fous qu'ils sont arrivés, en définitive, à élever à *la dignité de malades*. — Nous ne pouvons nous empêcher de manifester ici notre désir de voir les articles de ce genre publiés par la grande presse, tandis qu'ils sont exclusivement réservés à la presse scientifique. Il serait temps, à la fin, de vulgariser cette vérité que les meilleurs amis des aliénés sont les aliénistes et non ces hommes qui, avec les meilleures intentions quelquefois, discourent et discutent à faux sur des matières dont ils n'ont pas la première notion.

Le simple énoncé du plan de cet ouvrage montre que toute la médecine aliéniste y est passée en revue. Les principales questions sont toutes exposées dans les quarante-cinq leçons qui le composent. Rien d'essentiel n'est omis; mais le cadre étant restreint, les différents chapitres sont réglés, quant à leur étendue, sur l'importance du sujet traité. Voici, du reste, une courte analyse de quelques-uns des principaux articles, dont plusieurs ne sont pas de simples exposés des connaissances actuelles, ils portent encore la marque originale de l'auteur :

Classification. — M. Ball, enthousiaste de Morel, le créateur de la classification étiologique en aliénation mentale, comprend cependant les erreurs et les défauts de l'œuvre du savant aliéniste et il le modifie : ainsi, il abandonne la classe des folies héréditaires. De même, il envisage d'une façon différente celle des folies névropathiques, ne mentionnant même pas la folie hypochondriaque (par transformation de la névrose). Il arrive enfin à une classification originale qu'il compare, beaucoup trop modestement, à l'arrangement des livres sur les rayons d'une bibliothèque. Il est certain que cette classification n'est pas à l'abri de toute critique, mais elle est parfaitement en harmonie avec les idées de l'auteur sur la folie.

Délire de persécution. — M. Ball le place parmi les syndromes, les éléments de la folie, de suite après la mélancolie. Il appartiendrait ainsi à la pathologie générale et ne serait pas une maladie spéciale. Pourtant, du moment qu'on admet des névranies vraies, c'est-à-dire des psychoses à lésions anatomiques inconnues et admissibles seulement au point de vue spéculatif, il faut bien donner une place, et une place d'honneur au délire

de persécution. Il est vrai que dans un tableau (page 458) on trouve, parmi les vésanies citées, les folies partielles. M. Ball n'admet pas les folies partielles dans le sens de monomanies, mais pour se conformer aux usages, il conserve la dénomination, et sous cette dénomination, il comprend certainement, en même temps que d'autres maladies, comme la folie circulaire, le délire de persécution qui est bien une véritable entité. La description qu'il en donne est complète mais trop condensée, peut-être, vu l'importance du sujet. En revanche, à plusieurs reprises, dans le courant de ses leçons, le professeur revient sur ce délire et il en signale la fréquence et la gravité. Nous voudrions, dans d'autres éditions, trouver ce chapitre scindé ; une partie comprenant les idées délirantes de persécution avec ou sans hallucinations, telles qu'on les rencontre dans tant d'états mentaux morbides différents, et ce serait là réellement de la pathologie générale, l'autre partie réservée exclusivement à cette maladie isolée par Lasègue, étudiée depuis par plusieurs auteurs, principalement par M. Foville, et qu'on appelle délire de persécution.

La leçon sur la *folie circulaire* est des mieux réussies. En quelques pages on a un tableau complet de la maladie, et la présentation d'un malade très intéressant complète par une *leçon de choses* l'exposé didactique du professeur.

L'étiologie comprend trois chapitres intitulés : *Causes de la folie*. Nous remarquons surtout les conclusions élevées de l'auteur sur le rôle de l'hérédité et de la civilisation dans la genèse de la folie. Il y a loin de sa façon philosophique d'envisager l'influence de ces deux facteurs à la simple méthode des statistiques. Les appréciations de M. Ball sont celles de Morel, de Lucas, de Maudsley, mais résumées en quelques phrases simples et claires.

Dans la *folie du doute*, on trouve des données originales qui appartiennent en propre à M. Ball. En plus, un classement des différents malades qui permet de réunir, en un seul faisceau, divers états mentaux, différents dans la forme, mais analogues dans le fond, que les auteurs, depuis Pritchard et Pinel jusqu'aux contemporains, ont étudiés et dénommés différemment. Notons encore une juste revendication aux Allemands dont un médecin, Oscar Berger, s'attribue sans vergogne la découverte de cette vésanie qu'il nomme Grübelsucht, c'est-à-dire manie de fouiller.

Mais nous ne pouvons passer ainsi en revue tous les cha-

pitres de l'ouvrage. Nous citerons seulement parmi les folies névropathiques, la *folie épileptique*. Parmi les diathésiques, la *folie chez les phthisiques*, très bien exposée avec des remarques cliniques sur l'état mental ordinaire des phthisiques, l'euphorie, comme on l'appelle à l'étranger. Mais est-il bien certain que la phthisie soit rare dans la paralysie générale à forme hypochondriaque, comme le dit notre auteur (page 552)? Parmi les folies sympathiques, les *folies génitales* et parmi les toxiques, la *folie alcoolique* traitée longuement, et à côté de laquelle vient la *dipsomanie* qui est cependant une véritable vésanie, du moins au début et jusqu'à ce que l'intoxication alcoolique soit venue la compliquer.

Enfin nous arrivons à la *paralysie générale* qui fait l'objet de plusieurs leçons. L'historique est d'abord très bien présenté ; du reste, M. Ball ne néglige jamais cette partie de l'enseignement. Partout il se plaît à rappeler les noms des inventeurs, leurs doctrines ainsi que leurs influences réciproques, et ce n'est pas un des côtés les moins intéressants de son livre. Vient ensuite un exposé doctrinal de la nature de la paralysie générale. Les différentes théories sont énoncées et comparées, des plus anciennes jusqu'aux plus récentes, et l'auteur ne prend parti pour aucune absolument. Il garde la même réserve en ce qui concerne l'anatomie et la physiologie pathologiques, et cette prudence, c'est de la vraie sagesse scientifique, étant donnés les théories diverses qui ont régné successivement et les nombreux travaux, qu'on poursuit toujours, et qui n'ont pas encore fourni leurs derniers résultats. L'histoire médicale de la paralysie générale est complétée par l'étude des symptômes, du diagnostic, des formes délirantes, du pronostic et du traitement.

Il y a une observation que nous demandons à M. Ball la permission de lui soumettre. Il dit à plusieurs reprises que les paralytiques généraux sont presque toujours bons et bienveillants. Un de ses élèves a même donné cette bienveillance comme signe différentiel entre la folie paralytique à délire orgueilleux et la folie à double forme à la période expansive. Il nous semblait, et nous n'oserions pas mettre notre opinion en avant si elle nous était personnelle, il nous semblait que les fous paralytiques n'étaient pas, dans l'immense majorité des cas, moins égoïstes que les autres aliénés. Ils offrent des millions, mais c'est pour établir leur supériorité sur leur entourage et parce que ça ne leur coûte rien. En réalité ils ne

donneraient pas un morceau de pain à un camarade. Ils sont foncièrement irritables et il est ordinaire de voir un de ces malades à la figure niaisement souriante, à l'air satisfait, excellent en apparence, frapper son voisin sous un prétexte futile et n'en pas éprouver l'ombre d'un regret.

Cette digression n'est guère importante du reste, revenons à notre analyse. M. Ball termine son article sur la paralysie générale « en s'excusant de n'avoir pas résumé tous les nombreux documents accumulés sur la matière par un travail de » cinquante années », et il renvoie aux monographies spéciales.

Nous trouvons cependant qu'il est difficile d'être plus complet dans un traité général, car si M. Ball ne fait qu'indiquer les détails les moins importants, il développe, au contraire, toutes les parties utiles et bien établies du sujet.

On voit, par cette rapide analyse, que les leçons de M. le professeur Ball constituent un véritable traité élémentaire des maladies mentales. De tous les traités de ce genre c'est certainement le seul qui soit au niveau de la science actuelle. Car, il faut bien le dire, si les résultats acquis dans la spécialité ne satisfont pas toujours notre impatience, les matériaux nouveaux s'accumulent rapidement et la *jeunesse* des livres est éphémère. A ce titre, les *Leçons* pourraient servir de manuel, mais elles se distinguent du manuel ordinaire par la clarté des descriptions, par l'élégance du style, par des aperçus originaux tant médicaux que philosophiques, enfin par toutes ces qualités de l'auteur, qui font que la lecture en est particulièrement attrayante.

Dr L. Camuset.

Leçons cliniques sur l'épilepsie; par M. V. Magnan, médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine; recueillies et publiées par M. le Dr Marcel Briand, ancien interne et médecin inspecteur adjoint des asiles d'aliénés de la Seine. — Aux bureaux du *Progrès médical* et chez C. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs. Paris, 1882.

Ces leçons, au nombre de six, forment un véritable traité abrégé de l'épilepsie; voici, en effet, l'énoncé des différents sujets qui y sont contenus : Aura, attaques, vertiges, épilepsie larvée. Physiologie pathologique. Responsabilité des épilepti-

ques. Délire, actes. Impulsions. Coexistence de l'épilepsie avec certaines autres formes de maladies mentales et, enfin, traitement de l'épilepsie.

La nature même de ces leçons, qui sont essentiellement cliniques, a dispensé l'auteur de s'occuper de l'*historique* de la question. On n'y trouve, en réalité, que l'exposé de l'état actuel de la science sur l'épilepsie. Pour avoir toutes les notions sur cette maladie, il faut recourir aux travaux de Falret, de Trousseau, de M. Delasiauve, de M. Legrand du Saulle, etc. C'est, du reste, à ces sources diverses que M. Magnan renvoie le lecteur pour plus de détails.

Le travail que nous analysons comprend deux parties qui, non séparées dans le texte, doivent cependant être envisagées séparément : 1° l'étude de l'épilepsie en tant que névrose ; 2° l'étude de l'épilepsie en tant que psychose.

Dans l'étude de la névrose, nous trouvons une description complète des différentes manifestations de l'attaque, du vertige, de l'absence. L'auteur a mis à contribution tous les moyens modernes d'investigation clinique. L'ophthalmoscope lui a démontré que, malgré la pâleur de la face, l'hyperhémie cérébrale était manifeste dès le début de l'attaque. Les appareils enregistreurs lui ont permis de constater que la tension artérielle s'élevait pendant la période tonique et que le cœur battait plus vite, qu'au contraire il battait très lentement pendant la période clonique. D'où, les deux mécanismes différents par lesquels la mort peut survenir pendant les crises. L'épilepsie absinthique qu'il a fait connaître, il y a quelques années, lui a fourni l'occasion de multiplier ses observations. Enfin, M. Magnan admet, pour ce qui est de la pathogénie, la théorie de Jackson, c'est-à-dire la décharge neurique, et il la fait intervenir aussi bien pour expliquer les phénomènes psychiques que pour expliquer les phénomènes convulsifs.

Dans l'étude de la folie épileptique, qui est la plus développée, l'auteur décrit le délire qui suit et qui quelquefois précède l'attaque, le délire qui remplace l'attaque, ce qu'on appelle l'épilepsie larvée « quand la décharge n'atteint que les centres psychiques, respectant les autres. » Il donne comme caractéristique de ces délires l'*inconscience absolue*. Amené là à traiter de la responsabilité des épileptiques, il touche à une question tout à fait à l'ordre du jour : faut-il créer des asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels? Il la résout par la négative, et nous partageons complètement son avis, estimant que les quar-

tiers d'agités des asiles publics, légèrement modifiés au besoin, suffisent dans toutes les circonstances.

Enfin, M. Magnan, qui a étudié spécialement dans ces derniers temps la coexistence de délires divers chez un même malade, termine ses leçons en présentant plusieurs sujets atteints simultanément de folie épileptique et de folie aiguë ou chronique. Un malade présente même trois délires surajoutés conservant chacun son caractère propre.

Le dernier chapitre est consacré au traitement de l'épilepsie.

Dr L. Camuset.

Essai sur les hallucinations; par M. le Dr Gaultier de Beauvallon, interne à l'asile de Saint-Méen, de Rennes. — Paris A. Davy, imprimeur, 1883.

Cette thèse, résultat d'études et de méditations sérieuses est très intéressante. La faculté de Paris en a, du reste, jugé ainsi, puisqu'elle lui a donné la note *très satisfait*.

M. le Dr Gaultier de Beauvallon ne s'est pas proposé de présenter une étude complète, une monographie de l'hallucination, son travail renferme bien un résumé de l'histoire de ce phénomène, mais le chapitre le plus important et sur lequel il s'est particulièrement étendu est celui qui a trait à la théorie des hallucinations. Il se rallie entièrement à la théorie psycho-sensorielle de MM. Baillarger, Ball, etc.

L'hallucination est un phénomène psycho-sensoriel et, comme le dit M. Ball, l'appareil sensoriel, le conducteur nerveux allant de cet appareil au centre de perception, le centre de perception lui-même, tous les trois entrent simultanément en activité quand l'hallucination se produit. Quant à la cause déterminante du phénomène, elle peut être externe et agir sur l'organe sensoriel, interne et agir sur l'organe conducteur ou enfin purement mentale et agir, dans ce cas, sur le conducteur par voie réflexe.

« Dans l'hallucination psycho-sensorielle, que j'appelle » directe, le point de départ est toujours situé sur le trajet de » l'organe conducteur; pour l'œil, par exemple : milieux transparents, rétine, nerf optique, etc. L'appareil sensoriel est » primitivement intéressé; tandis que dans les hallucinations » psycho-sensorielles, auxquelles je donne le nom de réflexes,

» l'organe conducteur n'est que secondairement atteint. » (p. 9.)

C'est, en définitive, à la démonstration de l'existence de ces deux grandes classes d'hallucinations : les *directes* et les *réflexes*, que notre confrère a consacré son travail. Pour établir sa distinction, il fait intervenir les opinions des médecins appartenant aux écoles les plus opposées et il réussit à édifier une synthèse avec des éléments qui semblent parfois tout d'abord assez disparates. C'est ainsi, par exemple, qu'il admet que les hallucinations psychiques, comme les entendaient Lélut et Brierre de Boismont, provoquent à la longue ces lésions anatomiques des couches optiques qu'ont découvertes MM. Luys et Ritti. Il explique le fait par l'influence incontestée de l'émotion et même de l'idée sur la nutrition des organes. Ainsi, les lésions cardiaques produites par les passions vives; ainsi encore, les stigmates de certaines hystériques atteintes de folie religieuse. « Cette influence du moral sur le physique » s'exerce au moyen de réflexes. Il n'y a donc rien qui puisse » nous étonner si les mêmes phénomènes viennent à se pro» duire sur le cerveau » (p. 45).

Enfin, la division des hallucinations en directes et réflexes n'est pas seulement doctrinale, elle est aussi clinique. Ainsi les premières s'observent dans la folie aiguë, dans les pyrexies, les empoisonnements, ou quand le cerveau a souffert d'un traumatisme; les secondes sont compatibles avec la raison et, chez les aliénés, on ne les note que dans les délires chroniques, systématisés.

Signalons encore une bonne dissertation sur la puissance de l'idée dans le phénomène de l'hallucination, avec de nombreuses observations dont plusieurs sont personnelles à l'auteur.

Nous voudrions avoir réussi à faire ressortir, en ces quelques lignes, l'intérêt et la valeur de cette thèse. M. le Dr Gaultier de Beauvallon, qui se destine à la pratique de la médecine mentale débute heureusement dans la carrière.

Dr L. Camuset.

Rapport présenté au conseil général de l'Eure sur l'asile public d'aliénés d'Evreux; par le Dr Daniel Brunet, directeur-médecin de cet asile. — Evreux. Ernest Quettier, 1882.

Ce rapport comprend deux parties, l'une médicale, l'autre administrative. La partie médicale est peu développée, nous y trouvons la statistique des malades traités pendant l'année 1881, leurs âges, leurs professions, etc., les conclusions que l'auteur en tire, et voici l'une d'elles : « Il n'existe aucun rapport de » cause à effet entre l'instruction et le développement de la » folie, qui est due à *l'excitation des instincts égoïstes.* »

Dans un passage relatif au nombre des entrées, M. Brunet trouve que les administrateurs des hospices de vieillards ont une tendance regrettable à envoyer dans les asiles d'aliénés leurs malades infirmes, aussitôt que ceux-ci manifestent le moindre trouble mental. Certaines familles agissent de même à l'égard de leurs membres âgés et impotents. Cette observation est juste ; un *directeur* ne voit pas avec plaisir son établissement encombré de non-valeurs. Au point de vue médical la chose est moins importante. Et puis, avant de refuser à ces malades leur admission dans les asiles d'aliénés, il faudrait d'abord créer pour eux des établissements, des hospices spéciaux.

Quant à la partie administrative, de beaucoup la plus longue, elle est certainement intéressante, mais on ne peut guère analyser un compte rendu administratif. On sait que M. Brunet est un administrateur distingué et qu'il a dirigé plusieurs asiles avant celui d'Evreux, dont il est actuellement directeur-médecin.

Nous ne ferons qu'une simple remarque à propos d'une plainte de M. Brunet, qui trouve que son asile perd l'intérêt de la somme provenant des comptes *dépôt* et *pécule*. A Evreux, cette somme s'élève à 40,000 fr. et la perte annuelle, *pour l'asile*, par suite du refus de la Trésorerie de rendre cet argent productif d'intérêts, est de 1,200 fr.

Il nous semble que les dépôts et pécules ne devraient jamais arriver à produire 40,000 fr. C'est là une somme beaucoup trop élevée. Les *dépôts* sont constitués par l'argent laissé par les parents ou par les amis des malades, afin que ceux-ci le dépensent pour leur bien-être, sous la surveillance de l'administration. Les *pécules* ont la même destination, ils sont donnés par

l'asile aux malades qui travaillent et au prorata de leurs heures de travail. Du moment qu'un aliéné est arrivé à se constituer ce qu'on appelle un fonds de pécule (qui varie de 15 à 20 fr. selon les asiles), on doit normalement lui laisser la disposition du surplus. Il s'en servira pour s'acheter du café, du tabac, des objets de toilette, etc. Au besoin même, il pourra le donner à des parents malheureux. Agir autrement, c'est s'exposer à léser le malade dans sa propriété, car s'il sort de l'asile, il pourra bien emporter son pécule, mais s'il y meurt — et c'est le sort du plus grand nombre, les travailleurs étant presque toujours des chroniques ou des déments,— c'est, d'après les règlements, l'asile qui en héritera. Ce qui revient, en définitive, à dire que c'est donner d'une main et reprendre de l'autre.

Dr L. Camuset.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'epilepsie, l'hystérie et l'idiotie; compte rendu du service des épileptiques et des enfant arriérés de Bicêtre pour 1881; par MM. Bourneville, Bonnaire et Vuillamié, br. in-8° de 180 p. avec 18 fig. et 7 planches en chromo-lithographie. Prix, 6 fr. — Publication du *Progrès médical.*

— Troubles trophiques de l'organisme dans la paralysie générale ; par le Dr Henry Bonnet; Paris, 1883, br. in-8°.

— Fièvre intermittente, aliénation consécutive; par le Dr Henri Ravel; Clermont, 1883; br. in-8°.

— Etude médico-légale sur les intermissions, les intervalles lucides et les rémissions dans les maladies mentales ; par le Dr Doutrebente; Blois, 1883, br. in-8°.

— Asile public d'aliénés de Maréville; rapport du directeur pour l'année 1882; Nancy, 1883, br. in-8°.

— Considérations sur quelques points de la paralysie générale; par le Dr Ph. Grégoire; thèse de Paris, 1883, br. in-8°.

— Les lacunes vineuses de la dure-mère ; par le Dr Wellenbergh, d'Utrecht; traduit du néerlandais par le Dr E. Vandenven; Gand, 1883, br. in-8°.

— Asile public d'aliénés de Lafond, compte rendu administratif et médical pour l'année 1882, par le Dr H. Mabille; La Rochelle, 1883; br. in-8°.

— Remarks ou hydrophobia ; par le Dr Ch.-W. Dulles; Philadelphie, 1883; br. in-8°.

— Twenty-fifth annual report of the general Board of commissioners in lunacy for Scotland; pour l'année 1882; Edimbourg, 1883; vol. in-8°.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Directeur des Annales médico-psychologiques.

TRÈS HONORÉ COLLÈGUE,

Permettez-moi d'avoir recours à votre bienveillance pour vous prier de vouloir bien insérer dans les *Annales médico-psychologiques* une petite rectification dans laquelle je suis tout particulièrement intéressé.

Je viens en effet de lire dans le dernier numéro de septembre, page 344, sous la signature de notre honoré collègue, le Dr Dagonet, un compte rendu élogieux du manuel de pathologie mentale de M. le Dr Bra, qu'il signale tout particulièrement à l'attention de vos lecteurs.

Je n'ai pas à apprécier la façon toute bienveillante dont notre collègue a jugé l'œuvre d'un de ses anciens élèves, ainsi que la complaisance toute spéciale avec laquelle il a fermé les yeux sur l'emploi de certains procédés d'exécution ; je m'associe pleinement aux paroles de bienvenue avec lesquelles il l'accueille et lui souhaite de nombreuses éditions.

Certes, je ne suis pas de ceux qui pensent que la science en général ne doive être enseignée que d'une façon exclusivement didactique et que les œuvres de vulgarisation n'ont pas aussi une grande part à revendiquer dans la marche vers le progrès.

Chacun, dans cette voie, a la liberté de se comporter à sa guise, et d'employer ses efforts suivant ses aptitudes propres. Mais il me semble que, quand on prend la plume et qu'on se mêle de vouloir faire des livres, le premier devoir de l'écrivain qui utilise les œuvres d'autrui est de tenir un compte exact du labeur de ses devanciers et de professer un respect ultra-scrupuleux pour ce qui leur appartient en propre.

Or, dans l'espèce, j'ai quelques griefs personnels à redresser, et c'est pour cela que je viens vous prier d'agréer ma simple requête en revendication de propriété littéraire.

Je sais bien que M. Bra a, dans sa préface, d'une façon sommaire et banale, cité mon nom à la suite de beaucoup d'autres auteurs auxquels il a emprunté les matériaux de son travail.

Mais ce dont j'ai à me plaindre, c'est de voir qu'à propos de certains détails précis, dans lesquels les indications d'autrui ont une importance capitale, mon nom soit resté un peu trop souvent au fond de l'encrier M. Bra, en effet a emprunté directement certaines idées, certaines définitions, à mon *Traité de pathologie mentale* (sans en citer l'origine), comme si la perfection eût été atteinte de tous points. C'est flatteur pour celui des auteurs dont il s'est peut-être le plus inspiré, mais on conviendra aisément que quand on s'est donné la peine d'engendrer certaines choses, il est pénible d'être ainsi privé de ses droits de paternité.

On peut juger du reste de la justesse de ma réclamation par les citations suivantes :

Ainsi à la page 1 du *Manuel*, à propos des hallucinations, mes recherches personnelles m'ont amené à reconnaître que les hallucinés, dans l'ensemble des maladies du système nerveux, constituent une unité nosologique, aussi nettement définie et aussi distincte que le groupe des paralytiques généraux, des épileptiques, des hystériques, des tabétiques, et que ce groupe avait sa pathogénie, sa marche, sa durée, ses terminaisons particulières, et qu'en raison de ses allures typiques et originales, il convenait de l'isoler nettement dès le début et de le spécialiser comme unité nosologique fixe. Sur ce point, comme sur plusieurs autres, j'ai eu la bonne fortune d'avoir porté la conviction dans l'esprit de notre jeune confrère. Aussi s'est-il empressé de prendre l'idée à son compte et de la mettre en valeur comme si elle lui était personnelle. C'est ainsi qu'à mon exemple, il commence son exposé par une description des hallucinations, sans aucune explication préparatoire. Bien plus, adoptant l'idée, il adopte du même coup le style qui l'exprime. En comparant en effet la définition que j'ai donnée des hallucinations page 390, et celle de M. Bra, page 1, on voit aisément qu'il n'a fait que citer textuellement ma définition, sans indiquer, entre parenthèses, l'origine de l'emprunt.

Il en est de même pour la définition de la paralysie générale, qui est le résumé de tous mes travaux personnels sur ce sujet. Elle est textuellement reproduite, sans nom d'auteur, à la page 168 du *Manuel*. Il suffit de la comparer à ce que j'ai écrit page 520, pour constater l'identité des deux passages. Enfin il est jusqu'à une formule de thérapeutique qui m'est personnelle, insérée à la page 365 de mon livre, et dont M Bra apprécie sans doute particulièrement la valeur, puisqu'il la

recommande, toujours sans citer le lieu d'origine, comme venant de lui, à l'appréciation de nos confrères.

Que faut-il penser de cette singulière façon de composer un ouvrage, même un ouvrage impersonnel de vulgarisation? C'est là une question de délicatesse que je laisse à chacun le soin d'apprécier ainsi qu'il le jugera convenable. Sans doute on me dira que M. Bra est à ses débuts dans la carrière d'écrivain et qu'il faut incriminer son inexpérience plutôt que sa bonne volonté. Je veux le croire et me contenter de cette explication. Du reste, si, comme le souhaite M. Dagonet, une deuxième édition du *Manuel* de M. Bra devait paraître, ce que je désire de tout mon cœur, ce succès ne prouverait-il pas que le public médical ne goûte pas moins mes idées que M. Bra lui-même? Alors, j'en suis certain, notre jeune confrère reconnaîtrait son oubli en s'empressant de leur donner leur véritable paternité. *Suum cuique*.

Veuillez agréer, très honoré collègue, mes bien sincères remerciements pour l'hospitalité que je vous demande, et agréer l'expression de ma très sincère et très cordiale considération.

J. Luys.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Arrêté du* 31 *août* 1883. Ont été promus pour prendre rang à partir du 1er juillet 1883 :

A la 1re classe de leur grade (7,000 fr.), MM. les Drs Reverchon, directeur-médecin de l'asile de la Roche-Gandon (Mayenne), Bouteille, directeur-médecin de l'asile de Toulouse, et Campan, médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde) ;

A la 2e classe (6,000 fr.), MM. les Drs Fabre et Doutrebente, directeurs-médecins des asiles de Saint-Lizier (Ariège) et Blois.

A la 3e classe (5,000 fr.), M. le Dr. Marandon de Montyel, directeur-médecin de l'asile de Dijon.

A la 2e classe (3,000 fr.), MM. les Drs Pagès, Boudrie et Philippe Rey, médecins-adjoints des asiles de la Roche-Gandon (Mayenne), Vaucluse et Ville-Evrard (Seine).

— *Arrêté du* 5 *septembre* :

M. le Dr Homery, directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne), est nommé directeur-médecin de l'asile de Quimper en remplacement de M. le Dr Baume, admis sur sa demande à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur-médecin honoraire.

M. le Dr Danis, directeur-médecin de l'asile de Saint-Venant, est nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier et promu à la 2e classe de son grade (6,000 fr.).

— *Arrêté du* 15 *septembre* : M. le Dr Doursout, médecin adjoint de l'asile de Quimper, est nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Venant et placé dans la 4e classe de son grade (4,000 fr.).

— *Arrêté du* 19 *septembre* : M. le Dr Garnier, médecin adjoint de l'asile de Dôle, est nommé au même titre à l'asile de Dijon, en remplacement de M. Belle, nommé précédemment à Bailleul.

— *Arrêté du* 30 *septembre* : M. le Dr Guillemin, ancien interne de l'asile de Dôle, est nommé médecin adjoint du même établissement et placé dans la 2e classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du* 11 *octobre*. Sont promus : pour prendre rang à partir du 1er janvier 1883 :

A la première classe de son grade (7,000 fr.), M. le Dr Faucher, directeur-médecin de l'asile de Limoges.

Pour prendre rang à partir du 1er juillet :

A la première classe de son grade (7,000 fr.), M. le Dr Sizaret, médecin en chef de la section des femmes de l'asile de Maréville.

A la première classe de son grade (3,000 fr.), M. le Dr Camuset, médecin adjoint de l'asile de Vaucluse (Seine).

— Par arrêté de M. le Gouverneur général de l'Algérie, en date du 12 septembre 1883, M. le Dr Paul Gérente, ancien interne des asiles de la Seine, a été nommé directeur-médecin de l'asile de la Bouzaréa près Alger, en voie d'organisation. M. le Dr Gérente recevra en cette qualité un traitement annuel de 6,000 fr; il sera de plus logé, chauffé et éclairé.

— Par arrêté de M. le Ministre de l'Intérieur, en date du 15 septembre 1883, M. Dumangin a été nommé directeur de la Maison nationale de Charenton, en remplacement de M. Chazotte, mis à la retraite.

LE NOUVEAU PROJET DE LOI SUR LES ALIÉNÉS

La commission chargée par le Sénat d'élaborer le nouveau projet de loi sur les aliénés, avant de se séparer, à la fin de juin dernier, avait pris la résolution de faire une enquête sur la législation qui régit cette matière importante et délicate en Belgique, en Hollande, en Angleterre, en Ecosse, et sur l'application, la mise en œuvre et le fonctionnement de ces lois dans ces diverses contrées.

En conséquence, dans sa séance du 29 septembre dernier, elle a délégué dans ce but son président, M. Dupré; son secrétaire, M. Brugerolle, et quatre autres de ses membres, MM. Delsol, Théophile Roussel, Tenaille-Saligny et Frézouls. M. le ministre de l'intérieur avait déjà invité M. le Dr Foville, inspecteur général des services administratifs, à se mettre à la disposition de la commission et à l'accompagner dans son voyage.

Ce voyage vient de se terminer; les sénateurs sont rentrés à Paris hier. Partout ils ont été accueillis non seulement avec le plus grand empressement, mais avec une réelle distinction.

Les ambassadeurs de France auprès desquels ils étaient accrédités, les ministres des diverses puissances avec lesquels ils ont été mis en rapport, les aliénistes les plus éminents des pays parcourus, ont facilité leur tâche avec la plus extrême courtoisie.

Les établissements dignes de quelque intérêt général, spécial ou historique, ont été visités; les portes de tous les asiles, celles des prisons pour les aliénés criminels leur ont été largement ouvertes; des conférences nombreuses et prolongées avec les administrateurs les plus élevés du service n'ont laissé dans l'ombre aucun détail important.

La délégation rapporte un nombre considérable de documents précieux; sa tâche en sera facilitée, et tout permet

d'espérer que la session de 1884 ne se terminera pas sans que le projet de loi du gouvernement soit discuté et voté avec certaines modifications déjà pressenties, et dont l'étude et la réflexion préciseront la nature et l'importance.

LA LOI SUR LES ALIÉNÉS AU CONSEIL GÉNÉRAL DE LA GIRONDE.

Prenant en considération un vœu par lequel le conseil d'arrondissement de Bordeaux demandait un accroissement de garanties pour obtenir plus de sécurité dans la séquestration des aliénés, la commission du conseil général de la Gironde avait conclu à l'adjonction de délégués du corps électif à la commission des médecins chargés de prononcer sur les cas de séquestration. M. le Dr Métadier a combattu et a fait rejeter ce vœu comme ne pouvant donner aucune nouvelle garantie de sécurité et a fait voter un amendement par lequel le conseil attend de la science spéciale toutes les garanties qu'il recherche.

DÉPENSES D'ENTRETIEN DES ALIÉNÉS INDIGENTS. — PART CONTRIBUTIVE DE LA COMMUNE.

Dans sa séance du 23 juin 1883, le Conseil d'Etat a rejeté dans les termes suivants le recours de la ville de Marseille, contre une délibération du conseil général des Bouches-du-Rhône du 20 août 1879 :

« Aucune disposition de la loi du 30 juin 1838 ne détermine la proportion dans laquelle les communes doivent concourir aux dépenses des aliénés indigents du département, et l'art. 46, § 19, de la loi du 10 août 1871, se borne à disposer que le conseil général statue définitivement sur la part de la dépense des aliénés qui sera mise à la charge des communes.

« En conséquence, une ville n'est pas fondée à demander la nullité de la délibération du conseil général qui a fixé à 72 p. 100 le proportion mise à sa charge dans la dépense des aliénés indigents et soutenir que cette proportion ne devait pas excéder 50 p. 100.

CONCOURS POUR L'INTERNAT DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE ET DE MEURTHE-ET-MOSELLE.

Asiles d'aliénés de la Seine.

Un concours pour la nomination à six emplois d'interne en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine (Sainte-Anne, à Paris; Ville-Evrard et Vaucluse, dans Seine-et-Oise) sera ouvert le lundi 3 décembre 1883, à midi précis.

Pourront prendre part à ce concours tous les étudiants en médecine âgés de moins de trente ans et pourvus de douze inscriptions.

Les candidats devront se faire inscrire à Paris, au siège général de la Préfecture de la Seine (bureau du personnel), du 1er au 17 novembre 1883 inclusivement.

Chaque candidat devra produire les pièces ci-après :

1° Un acte de naissance; 2° un extrait du casier judiciaire; 3° un certificat de vaccine; 4° un certificat de bonne vie et mœurs; 5° un certificat constatant qu'il est pourvu de 12 inscriptions en médecine.

Le concours porte sur l'anatomie et la physiologie.

La durée des fonctions d'interne est de trois ans. — La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen.

Les avantages attachés à la situation d'interne dans les asiles publics d'aliénés de la Seine comportent le logement, le chauffage, l'éclairage, la nourriture et un traitement fixe et annuel de 800 fr. à l'asile Sainte-Anne et de 1,100 fr. aux asiles de Ville-Evrard et de Vaucluse.

Asile d'aliénés de Meurthe-et-Moselle.

En exécution de l'arrêté préfectoral du 5 juin 1882, approuvé par M. le ministre de l'intérieur, un concours public s'ouvrira le 21 novembre 1883, à trois heures du soir, à la Faculté de médecine de Nancy, pour la nomination de trois internes à l'asile de Maréville.

Sont admis à concourir les étudiants en médecine français, ayant au moins douze inscriptions de doctorat.

Les internes sont nommés pour trois ans; ils seront logés, chauffés et éclairés et recevront un traitement annuel de 800 fr.

Les candidats devront se faire inscrire au sécrétariat de la préfecture dix jours au moins avant l'ouverture du concours. Ils auront à produire leur acte de naissance, un certificat du maire de leur domicile établissant leur qualité de Français, un certificat constatant qu'ils ont au moins douze inscriptions pour le doctorat, et enfin un certificat de bonne vie et mœurs.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES : 8e SECTION COPENHAGUE.

Programme provisoire de la section de psychiatrie et de neurologie.

Psychiatrie.

1. Aperçu statistique sur les maladies mentales et sur les institutions psychiatriques des pays du Nord.
2. Proposition de rendre uniformes les comptes rendus annuels des asiles d'aliénés des différents pays.
3. Le rôle des colonies dans le traitement des aliénés.
4. La valeur de l'exercice musculaire dans le traitement des maladies mentales.
5. Le rôle des écoles dans la production des maladies mentales.
6. La température du corps pendant les stades primaires des maladies mentales.
7. L'aliénation mentale dans l'enfance.
8. Perversions de l'instinct sexuel.

9. Les troubles psychiques qui peuvent remplacer un accès épileptique.
10. Le rôle de la syphilis dans la paralysie générale.
11. Des caractères anatomiques du cerveau des idiots.
12. Quelle est la meilleure méthode pour désaccoutumer de l'usage abusif de la morphine et comment faut-il l'appliquer cette méthode?

Neurologie.

1. Influence des lésions des nerfs périphériques sur la production des altérations anatomiques dans les organes nerveux centraux.
2. Dégénérations secondaires dans le cerveau et dans la moelle épinière.
3. Les troubles de la parole d'origine corticale.
4. Les troubles de la vision d'origine corticale.
5. Epilepsie corticale.
6. Névroses vaso-motrices et trophiques.
7. Influence des affections des organes périphériques (surtout des organes sexuels) sur la production des troubles fonctionnels du système nerveux et spécialement sur la pathogénie de l'hystérie.
8. La sclérose latérale amyotrophique ou paralysie bulbaire progressive amyotrophique, considérée surtout au point de vue de la constance des lésions anatomiques et de sa différence ou de son identité avec l'atrophie musculaire progressive (Aran-Duchenne).
9. La curabilité du tabes dorsalis.
10. Le rôle de la syphilis dans l'étiologie du tabes dorsalis.
11. La paralysie de Landry est-elle une maladie particulière ou seulement un symptôme qui peut être produit par différents processus pathologiques?
12. La valeur de l'élongation des nerfs comme méthode de guérison.

Le congrès se tiendra à Copenhague du 10 au 16 août 1884. La section de psychiatrie et des maladies nerveuses sera présidée par M. le professeur Steenberg.

FAITS DIVERS.

Munich. — Le nommé Küswetter, homme de lettres, qui, déjà plusieurs fois, avait été traité à l'asile d'aliénés, avait, le 2 de ce mois, prié M le Dr de Gudden, directeur-médecin de l'asile, et M. le Dr Hemmer, de se rendre chez lui pour une consultation. Quand ces messieurs se présentèrent, Küswetter tira sur eux deux coups de revolver. Le Dr Hemmer fut blessé u bras, M. de Gudden ne fut pas atteint.

Centralblatt f. Nervenheilkunde etc. V. Erlenmeyer. 15 oct. 1883, n° 20, p. 480.

Pour les articles non signés:
LUNIER.

TABLE DES MATIERES

CONTENUES DANS LE Xe VOLUME DE LA SIXIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE.

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS.

I. Chronique.

PAGES.

Le projet de loi sur les aliénés devant le Sénat et l'Académie de Médecine. — Encore une nouvelle espèce de folie. — Du mariage des personnes névropathiques. — Le chloroformisme comparé à l'alcoolisme. — Suicide d'une aliénée mélancolique dans une baignoire. — Nouveaux médicaments hypnotiques. — Association américaine pour la protection des aliénés, et la prévention de la folie. — Liberté d'accès donnée au public dans certains asiles d'aliénés aux États-Unis 5

Encore la morphiomanie. — Un cas de délire des négations. — Un cas de suppression brusque et isolée de la vision mentale des objets (formes et couleurs). 177

La médecine mentale au congrès de Rouen. — Epidémie de choréomanie dans la Thrace. — Les injections sous-cutanées de morphine dans le traitement de l'aliénation mentale. — Les hallucinations bilatérales, dissociées et antagonistes. — Asile spécial pour les aliénés dits criminels. — Les asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure. — Cas d'étbéromanie. — Troubles intellectuels dans l'intoxication par les vapeurs de charbon. . 353

II. Pathologie.

Sur la théorie de la paralysie générale; de la folie paralytique et de la démence paralytique considérées comme deux maladies distinctes (*Suite*); par M. le Dr Baillarger 18 et 362

La paralysie agitante examinée comme cause de folie; par M. le Dr Parant 45

De l'état mental dans l'hypnotisme (Traduit de l'anglais par M. le Dr V. Parant); par M. le Dr Hack-Tuke 185 et 390

Contribution à l'étude de la pseudo-paralysie générale d'origine alcoolique ; par M. le Dr Camuset. 201

Note sur les propriétés thérapeutiques de l'erythrina corallodendron , par M. le Dr Ph. Rey. 217

III. Archives cliniques.

PAGES.
84. Folie paralytique à forme alternante; par Mr Camuset. 63
85. Démence paralytique à la suite d'une variole; par M. Mabille. 225
86. Saturnisme chronique simulant la démence paralytique; par M. Camuset. 228
87. Cas de paralysie générale héréditaire; par MM. Rey et Manière 231
88. Cas de guérison d'hallucinations unilatérales de l'ouïe de cause externe; par M. Mabille. 412

IV. Médecine légale.

Revue de médecine légale : Les attentats contre les personnes (*suite*); par M. le Dr Giraud. 67 et 454
Rapport médico-légal sur l'état mental de la femme Fiquet, accusée d'assassinat. Morphiomanie et simulation; par M. le docteur Blanche 234

V. Législation.

Nouveau projet de loi hollandaise sur les aliénés; par M. le Dr Cowan 254
Aperçus critiques sur les derniers projets de modifications à la loi du 30 juin 1838; par M. le Dr A. Constans. 416

VI. Établissements d'aliénés.

Asiles d'aliénés de l'Autriche, de la Hongrie et de la Bavière, par M. le Dr Ph. Rey. 92

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. Société médico-psychologique.

Séance du 12 *mars* 1883. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Shurteff et Kirkbride. — Rapport de M. Charpentier sur la candidature de M. Pierret : Élection. — Rapport de M. Paul Garnier sur la candidature de M. Vallon : Élection. — Des garanties apportées à la sortie des aliénés des établissements publics et privés : MM. Motet, Foville, Blanche, Dagonet, Baume, Falret. 106
Séance du 9 *avril* 1883. — Correspondance et présentation d'ouvrages: MM. Bianchi, Foville, Pierret, Calixte Rougé. — Mort de M. Lasègue : M. Motet. 126
Séance du 30 *avril* 1883. — Correspondance et présentation d'ou-

PAGES.

vrages : MM. Gilbert-Ballet, Garnier, Laurent. — Rapport sur le prix Esquirol : M. Cotard. — Eloge de Max. Parchappe : M. Ritti 271

Séance du 28 mai 1883. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Dubuisson Féré, Masoin, Legrand du Saulle, Motet, Mesnet.—Rapport de M. Charpentier sur la candidature de M. Gilbert Ballet : élection. — Rapport de M. Magnan sur la candidature de M. Calixte Rougé : élection. — Les hypnotiques hystériques considérées comme sujets d'expérience en médecine mentale : MM. Féré et Motet. — Vertiges épileptiques; assassinat : MM. Legrand du Saulle, Motet, Magnan, Lunier, Falret. . . 277

Séance du 25 juin 1883. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Seppilli, Mordret, Petit, Gilbert Ballet, Rougé, Motet, Lnys, Magnan, Ball. — La statue de Pinel : MM. Motet, Legrand du Saulle. — Affaire Nouaux : MM. Motet, Legrand du Saulle. — Rapport de M Charpentier sur la candidature de M. Féré : élection. — La question de l'hérédité morbide devant les cours d'assises : MM. Legrand du Saulle, Falret, Motet, Delasiauve.— Huit mille attaques épileptiques chez une jeune fille. MM. Legrand du Saulle, Magnan, Falret, Christian, Delasiauve . 309

II. Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX ANGLAIS (1880 et 1881).

Anal. par MM. les Drs Dumesnil, Pons et de Musgrave-Clay.

Rapport entre la syphilis et la paralysie générale. 325
De l'assistance séparée et du traitement des cas aigus et curables dans les asiles 327
Trois asiles d'Australie 330
De l'excès dans l'étude. 334
Syphilis et aliénation mentale. 336
Du myxœdème. 337
Localisations cérébrales 338
Cas de séquestration arbitraire. 339
Vœux sur la législation anglaise sur les aliénés. 340
Des aliénés et des asiles en Écosse 341
Des aliénés et des asiles en Irlande. 341
Procédé de conservation des cerveaux 342
L'épilepsie d'Othello. 474
Mortalité comparative des différentes classes de malades dans les asiles. 475
Action physiologique de l'alcool. 476
Constitution chimique de la cérébrine. 477
Relation entre l'état mental et l'inégalité pupillaire dans la paralysie générale. 477
Epilepsie syphilitique. 47

PAGES.

Ligne frontière entre la physiologie et la psychologie du jugement simple 481
Asile annexe de New-York pour femmes imbéciles. 482
Aliénation mentale causée par le plomb. 483
Plan d'un asile capable d'agrandissements successifs. 484
Des asiles d'aliénés privés. 485
Aliénation mentale dans la Guyane anglaise. 487
Meilleur procédé de tabulation des guérisons. 488
Hypnotisme spontané. 489
Cas d'hystérie avec paralysie traité par la métallothérapie. 490
Cas de constipation opiniâtre et d'inertie du foie. 491
Aliénation mentale associée avec l'atrophie des reins. 491
Responsabilité des criminels. 492
Chorée à une période avancée de la vie 492
Cas de tumeurs chez les aliénés. 492
Lettre autobiographique d'un malade. 493
Opinion du Lord Chief-Justice de l'Angleterre sur la folie. 496
Diagnostic différentiel des paralysies. 497
Cause des mouvements de la respiration ordinaire. 498
Diagnostic et traitement des affections cérébrales 498
Illusions optiques du mouvement. 499
Insomnie et troubles du sommeil chez les goutteux. 500
L'allochirie 502
Symptômes cardiaques de la chorée. 503
Etats musculaires visibles consécutifs à certains états du cerveau.
Galvanisation du sympathique. 504

JOURNAUX ALLEMANDS (1876 et 1877).

Anal. par M. le Dr Challand.

Tissu conjonctif du tissu nerveux central chez les mammifères. . 152
Un cas de myélite diffuse chronique 153
Deux cas de paralysie bulbaire aiguë 153
De la composition des urines chez les aliénés 155
De la paralysie générale chez la femme 156

III. Bibliographie.

Traité des névroses; par A. Axenfeld et H. Huchard (Anal. par M. le Dr Ant. Ritti). 158
Manuel des maladies mentales; par M. le docteur Bra (Anal. par M. le docteur Dagonet). 344
De l'aliéné au point de vue de la responsabilité pénale; par M. le Dr Lelorrain (Anal. par M. le Dr Camuset). 346
Asile d'aliénés de Cadillac. Compte rendu médical de l'exercice 1881; par M. le Dr Campan (Anal. par M. le Dr Camuset) 34

PAGES

Leçons sur les maladies mentales ; par M. le professeur Ball (Anal. par M. Camuset). 506

Leçons cliniques sur l'épilepsie, par M. le Dr V. Magnan. — Recueillies par M. le Dr Briand (Anal. par M Camuset). 510

Essai sur les hallucinations; par M. le Dr Gaultier de Beauvallon (Anal. par M. Camuset) 512

Rapport présenté au conseil général de l'Eure sur l'asile public d'Evreux ; par M. le Dr Daniel Brunet (Anal. par M. Camuset). . 514

Bulletin bibliographique. 161 349 et 515

Association mutuelle des médecins aliénistes.— Assemblée générale du 30 avril 1883. 164

Correspondance : Lettre de M. le Dr J. Luys à M. le Directeur des *Annales*. 516

IV. Variétés.

Nominations et promotions : MM. Lunier, Pichenot, Girma.— Nécrologie : J.-B. Petit. — Vœux émis par les conseils généraux sur le service des aliénés.— Exposition fréniatrique à Voghera. — Les aliénés en liberté. 172

Nominations et promotions : MM. Belle, Dufour. — Asile d'aliénés du Var. — Le nouvel asile de Saint-Venant.— La réciprocité d'assistance en ce qui concerne les aliénés.—Souscription pour le buste du Dr Marchant.— Érection d'une statue au professeur Bouillaud. — Incendie d'une maison d'aliénés en Angleterre. — Les aliénés en liberté 350

Nominations et promotions : MM. Reverchon, Campan, Fabre, Doutrebente, Marandon de Montyel, Pagès, Boudrie, Ph. Rey, Homery, Danis, Doursout, Garnier, Guillemin, Faucber, Sizaret, Camuset, Gérente, Dumangin. — Le nouveau projet de loi sur les aliénés.— La loi sur les aliénés au conseil général de la Gironde.— Part contributive de la commune dans les dépenses d'entretien des aliénés indigents. — Concours pour l'internat des asiles d'aliénés de la Seine et de Meurthe-et Moselle.— Congrès international des sciences médicales de Copenhague: Programme de la section de psychiatrie et de neurologie. — Faits divers. 519

Table des matières contenues dans le Xe volume de la sixième série 524

Paris, — Imprimerie de L'*Étoile*, Boudet, directeur, rue Cassette, 1.